

**Estudio para la creación de una IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente
oncológico en la ciudad de Bogotá**

María Fernanda López Caballero

Sandra Yasmin García Ramírez

Asesor

Maria Crisalia Gallo Araque

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Administrativas, Contables, Económicas y de Negocios ECACEN

Maestría en Gestión Financiera

2025

Agradecimientos

Agradecidas con Dios por darnos la oportunidad de mejorar cada día, a nuestras familias por el

apoyo recibido para seguir adelante

A los docentes por acompañarnos en este proceso

A los amigos que aportaron su granito de arena al ayudarnos en algunos momentos

Resumen

Este proyecto es un estudio de viabilidad de una IPS que ofrece atención domiciliaria especial de pacientes con cáncer en un domicilio establecido como residencia habitual por el sujeto o en un dispositivo habilitado como residencia habitual o en entidades donde se preste servicios de salud. Teniendo en cuenta que la atención domiciliada de cáncer en Colombia es limitada y poco estudiada y que, según la Alianza Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos, en Colombia, este proyecto propone como un plan de negocio para una empresa especializada en la atención domiciliaria de pacientes con cáncer en IPS.

En el contexto nacional, existen pocos programas de cuidados paliativos domiciliarios estructurado y adaptado a las políticas de salud vigentes, para responder a esta carencia, se propone un proyecto de atención domiciliaria basado en el modelo de hospicios, que se centra en el cuidado integral de los pacientes oncológicos desde el momento en que se consideran en etapa paliativa.

Para el desarrollo del proyecto, se emplearon métodos de investigación descriptiva y cuantitativos, incluyendo un trabajo de campo demográfico que consistió en encuestas dirigidas a pacientes oncológicos, sus familiares y personas cercanas, los resultados obtenidos permitieron identificar los valores esenciales sobre los cuales deben fundamentarse los cuidados al final de la vida.

La IPS “Especializada Oncológica” es una empresa privada de salud que asegura su estabilidad financiera a través de paquetes de servicios diseñados para satisfacer las necesidades específicas y completas de sus clientes.

Estos paquetes están orientados tanto a personas naturales que no cuentan con un plan de salud prepago y desean acceder a servicios eventuales de atención, como a contratos de

outsourcing con EPS o IPS, en tales contratos, la facturación se realiza por paquete o evento, dependiendo de la demanda variable según el tipo y clase de pacientes atendidos en cada periodo.

La IPS busca responder a la necesidad de atención domiciliaria para pacientes oncológicos, proporcionando un apoyo complementario a las empresas prestadoras de servicios de salud en Bogotá. Sus servicios se desarrollan bajo principios de humanismo, calidez y eficiencia, promoviendo el bienestar integral del paciente y su entorno familiar.

Palabras Clave: Cuidados paliativos al final de la vida, hospicio, oncológico, Colombia

Abstract

This project is a feasibility study of an IPS that offers special home care for cancer patients in a home established as the subject's habitual residence or in a device enabled as a habitual residence or in entities where health services are provided. Taking into account that home cancer care in Colombia is limited and little studied and that, according to the World Alliance of Hospices and Palliative Care, in Colombia, this project proposes as a business plan for a company specialized in home care of cancer patients in IPS.

In the national context, there are few home palliative care programs structured and adapted to current health policies. To respond to this lack, a home care project based on the hospice model is proposed, which focuses on the comprehensive care of cancer patients from the moment they are considered to be in the palliative stage.

For the development of the project, descriptive and quantitative research methods were used, including demographic fieldwork that consisted of surveys directed to oncology patients, their relatives, and close people. The results obtained allowed to identify the essential values on which end-of-life care should be based.

The IPS “Especializada Oncológica” is a private health care company that ensures its financial stability through service packages designed for the care of oncology patients and their families.

Keywords: end-of-life palliative care, hospice, oncology, Colombia.

Tabla de Contenido

Introducción	16
Justificación	18
Planteamiento del Problema	22
Formulación del Problema.....	24
Objetivos.....	25
Objetivo General.....	25
Objetivos Específicos.....	25
Marco Referencial.....	26
Antecedentes	31
Características	31
Programas Institucionales	34
Experiencias Regionales	34
Investigación Académica	34
Marco Teórico Conceptual	36
Atención Domiciliaria.....	36
Institución Prestadora de Salud (IPS)	36
Paciente Oncológico	36
Modelos de Atención Domiciliaria.....	37
Modelo de Cuidados Paliativos en el Hogar.....	37
Modelo de Atención Integral	37
Modelo de Atención Centrada en el Paciente	37
Creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia	38

Importancia de la Atención Domiciliaria para Pacientes Oncológicos	39
Marco Legal	40
Normativa y Regulación en Colombia.....	40
Marco Legal para Prestación de Servicios de Atención Domiciliaria en Colombia.....	40
Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud	40
Resolución 5261 de 1994 Ministerio de Salud	41
Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud	42
Ley 1384 del 19 de abril de 2010, Congreso de Colombia.....	42
Resolución 2003 de 2014, Ministerio de Salud	42
Ley 1733 de 2014 Congreso de la República	43
Resolución 3512 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social	43
Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social	44
Resolución 1410 de 2022 Ministerio de Salud y Protección Social	44
Marco Geográfico	45
Marco Ambiental	49
Impacto al Medio Ambiente	49
Impactos Positivos	49
Impactos Negativos.....	49
Pasos para reducir el Impacto Ambiental	51
Gestión de Residuos.....	51
Brindar capacitación a los pacientes y cuidadores sobre la gestión segura y responsable de residuos biomédicos y su eliminación adecuada.	51
Logística de Transporte Verde.....	51

Fomentar el uso de vehículos eléctricos, bicicletas o transporte público por parte del personal de salud.....	51
Optimización de Equipos	51
Utilizar equipos de monitoreo energéticamente eficientes y considerar otras opciones de tecnología sostenible.....	51
Sistemas de Reciclaje y Eliminación Segura de Medicamentos.....	51
Desarrollar e implementar programas para la recolección y eliminación de medicamentos y productos químicos utilizados en el tratamiento.....	51
Reducir la Demanda de Artículos Desechables	51
Explorar la reutilización siempre que sea seguro y posible, para disminuir el impacto ambiental de los desechables.....	51
Estas prácticas pueden, conjuntamente, llevar a una reducción significativa en el impacto ambiental del cuidado a domicilio para pacientes oncológicos.....	51
Diseño Metodológico.....	52
Estudio de Mercado	56
Análisis del Sector y Mercado	56
Análisis del Sector	56
Análisis de Mercado	57
Análisis de la Demanda	60
Contexto del Mercado de Atención Domiciliaria en Bogotá.....	60
Factores que Influyen en la Demanda.....	61
Proyecciones y Estimaciones de la Demanda.....	62
Crecimiento del Mercado.....	62

Necesidades Insatisfechas	62
Análisis Comparativo de Costos Directos e Indirectos.....	64
Estructura de Costos en Hospitalización Tradicional	64
Modelo Domiciliario: Eficiencia Económica	64
Análisis de Competencia.....	65
Estrategias del Mercado	68
Estrategia de Servicio	69
Estrategias de Distribución y Promoción.....	70
Estrategias de Precio	72
Cobro por Paquete.....	72
Estudio Técnico	75
Necesidades y Requerimientos	75
Capacidad Instalada Requerida.....	75
Requerimientos de Personal.....	78
Equipos, Insumos e Instalaciones	78
Paquetes Ofrecidos.....	82
Estudio Administrativo	85
Plataforma Estratégica	85
Misión	85
Visión	85
Estrategia Organizacional	85
Análisis DOFA.....	85
Estructura Organizacional.....	89

Gastos Administrativos	90
Estudio Financiero	93
Estructura del Capital.....	96
Costos y Gastos del Proyecto.....	97
Capital de Trabajo y Capacidad Instalada	99
Proyecciones a 5 Años	102
Punto de Equilibrio Proyectado a 5 Años	105
Estados Financieros Proyectados a 5 Años.....	107
Indicadores Financieros Para Evaluar la Rentabilidad del Proyecto	109
Valor Presente Neto (VPN)	109
Tasa Interna de Retorno (TIR).....	114
Relación Costo Beneficio (B/C)	115
Periodo de Recuperación de la Inversión (PRI).....	116
Cronograma.....	119
Conclusiones	119
Referencias Bibliográficas	123
Apéndices.....	¡Error! Marcador no definido.

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Número de pacientes atendidos en el programa de atención domiciliaria por las diferentes EPS en Bogotá, durante el periodo 2018 a noviembre de 2020</i>	47
Tabla 2 <i>Comparativo de costos hospitalarios</i>	65
Tabla 3 <i>Análisis competitivo</i>	65
Tabla 4 <i>Análisis de tarifas, capacidad instalada y nivel de especialización</i>	67
Tabla 5 <i>Precios por evento distinto a los paquetes ofrecidos</i>	73
Tabla 6 <i>Dependencias requeridas</i>	76
Tabla 7 <i>Personal necesario</i>	78
Tabla 8 <i>Equipo médico</i>	79
Tabla 9 <i>Inventario (insumos)</i>	79
Tabla 10 <i>Equipos biomédicos IPS</i>	80
Tabla 11 <i>Muebles y enseres</i>	80
Tabla 12 <i>Instalaciones y remodelaciones</i>	81
Tabla 13 <i>Equipo de computación</i>	82
Tabla 14 <i>Paquete inicial</i>	82
Tabla 15 <i>Paquete básico de atención</i>	82
Tabla 16 <i>Paquete intermedio</i>	83
Tabla 17 <i>Paquete de atención media-alta</i>	83
Tabla 18 <i>Paquete de atención alta-semanal</i>	84
Tabla 19 <i>Análisis DOFA</i>	87
Tabla 20 <i>Estrategias Análisis DOFA</i>	88
Tabla 21 <i>Gastos de puesta en marcha</i>	90

Tabla 22 <i>Gastos equipos biomédicos</i>	91
Tabla 23 <i>Gastos de personal mensual</i>	91
Tabla 24 <i>Inversiones</i>	93
Tabla 25 <i>Depreciaciones</i>	94
Tabla 26 <i>Amortización de activos fijos</i>	94
Tabla 27 <i>Servicios básicos</i>	95
Tabla 28 <i>Estado de fuentes y uso de recursos</i>	95
Tabla 29 <i>Datos del crédito</i>	96
Tabla 30 <i>Tabla de amortización de crédito a 3 años (36 meses)</i>	96
Tabla 31 <i>Costos y gastos del proyecto</i>	98
Tabla 32 <i>Ponderado de costos y gastos</i>	98
Tabla 33 <i>Capital de trabajo</i>	99
Tabla 34 <i>Capacidad instalada para el paquete inicial de activación del plan</i>	99
Tabla 35 <i>Pacientes por paquete e Ingreso mensual por paquete</i>	101
Tabla 36 <i>Ventas proyectadas</i>	102
Tabla 37 <i>Flujo de caja proyectado</i>	103
Tabla 38 <i>Punto de equilibrio proyectado</i>	105
Tabla 39 <i>Margen de contribución y punto de equilibrio</i>	106
Tabla 40 <i>Estado de resultados proyectado</i>	107
Tabla 41 <i>Estado de situación financiera proyectado</i>	107
Tabla 42 <i>Flujo de Caja</i>	110
Tabla 43 <i>Variación en el incremento de ventas</i>	112
Tabla 44 <i>Recuperación de la inversión</i>	117

Tabla 45 <i>Cronograma</i>	119
---	-----

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Distribución de IPS que cuentan con servicios de atención domiciliaria por localidades en Bogotá a noviembre de 2020</i>	46
Figura 2 <i>Distribución de IPS con programas de atención domiciliaria por localidad en Bogotá D. C. a noviembre de 2020</i>	47
Figura 3 <i>Número de servicios de ciudadanos en modalidad domiciliaria</i>	59
Figura 4 <i>Magnitud y tendencia del cáncer invasivo</i>	63
Figura 5 <i>Servicios domiciliarios IPS</i>	70
Figura 6 <i>Imagen corporativa de la IPS especializada en la atención del paciente oncológico.</i> 71	
Figura 7 <i>Promoción de servicios</i>	72
Figura 8 <i>Prototipo consultorio IPS</i>	76
Figura 9 <i>Organigrama</i>	89
Figura 10 <i>Fórmula del crecimiento porcentual interanual de ventas</i>	102
Figura 11 <i>Fórmula del punto de equilibrio en unidades</i>	105
Figura 12 <i>Fórmula del costo promedio ponderado de capital (WACC)</i>	109
Figura 13 <i>Fórmula del Valor Presente Neto (VPN)</i>	110
Figura 14 <i>Análisis de sensibilidad VPN</i>	113
Figura 15 <i>Análisis de sensibilidad VPN</i>	113
Figura 16 <i>Fórmula para calcular la Tasa Interna de Retorno (TIR)</i>	114
Figura 17 <i>Fórmula de la Relación Costo-Beneficio (RCB)</i>	115
Figura 18 <i>Fórmula para calcular el Periodo de Recuperación de la Inversión (PRI)</i>	116

Lista de Apéndices

Apéndice A <i>Definición y concepto de estadística</i>	131
---	-----

Introducción

Un importante desafío en salud pública es el tratamiento de una enfermedad como el cáncer, la cual trae implicaciones de manera global como local. En el 2020 en Colombia se reportan más de 400.000 casos activos de cáncer, mientras que a nivel mundial se diagnosticaron cuatro millones de casos nuevos y 1.4 millones de muertes por esta causa.

Así, la población vulnerable de Bogotá, como capital del país, enfrenta desafíos específicos en la atención del cáncer y discrepancias en el acceso a servicios especializados y enfoques integrales.

En este contexto, la atención domiciliaria parece ser una alternativa novedosa, especialmente cuando consideramos a los pacientes en etapas terminales y el entorno familiar comienza a desempeñar un papel en el proceso de tratamiento. No obstante, los modelos existentes tienen limitaciones significativas: solo existen equipos multidisciplinarios preparados para atender las complejidades oncológicas en el 34% de los establecimientos de salud en Colombia, un hecho que desafía la gestión de síntomas como el dolor refractario o las complicaciones posquimioterapia.

Especialmente en el contexto crítico de la pandemia de COVID-19, estas brechas han demostrado la necesidad urgente de adaptar los servicios domiciliarios a contextos críticos sin perder la calidad humana inherente a ellos.

Según datos recientes del Ministerio de Salud, Bogotá se destaca por registrar una tasa de mortalidad por cáncer de 85,7 por cada 100,000 habitantes, cifras que resaltan la necesidad de modelos de atención complementarios a la hospitalización convencional.

Este documento propone la implementación de una IPS, centrada en la oncología domiciliaria, estructurando tres dimensiones clave:

Integración multidisciplinaria: Equipos con la participación de oncólogos, enfermeras especializadas y profesionales con apoyo psicosocial de acuerdo con recomendaciones de la literatura científica.

Equidad en el acceso: Directrices de diseño generales que prioricen a las poblaciones vulnerables, alineadas con los objetivos nacionales para reducir las disparidades en cáncer.

La sostenibilidad epidemiológica de las readmisiones hospitalarias: Seguimiento que prevenga readmisiones hospitalarias innecesarias, dado que el 57% de las muertes por cáncer ocurren en etapas de la enfermedad que podrían ser controladas en casa.

Esta propuesta está en línea con los dos problemas críticos identificados en estudios recientes, considerando por un lado la concentración del 68% de los recursos oncológicos nacionales en servicios hospitalarios, y por otro, la falta de programas domiciliarios que combinen tecnologías de “control remoto” con un enfoque paliativo de vanguardia.

Justificación

Para poder brindar un cuidado integral que satisfaga las necesidades físicas, emocionales y sociales de los pacientes oncológicos, este proyecto se basa en tres principios clave que deberían guiar la atención primaria de salud: calidad, calidez y satisfacción del usuario. Estos son pilares de información que garantizan un servicio eficiente y humanizado, y también dignidad, tanto para el paciente como para el contexto familiar, de modo que estos espacios de atención puedan integrarse considerando las necesidades del individuo, ya sean físicas, emocionales o sociales.

Esta iniciativa busca proporcionar una propuesta empresarial para una organización de servicios médicos que garantice la atención domiciliaria para pacientes con cáncer en Bogotá. Esta propuesta tiene como objetivo apoyar a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) y ampliar un sistema que funcione bien con alternativas para pacientes que necesiten hospitalización en casa por enfermedad oncológica. Hay un cambio hacia un nuevo modelo de provisión de atención médica que enfatiza un mejor acceso del paciente y calidad de vida, mientras se reduce la carga de costos en comparación con las instalaciones de hospitalización.

El Propósito del proyecto, que consiste en la implementación de atención domiciliaria conforme a las regulaciones actuales en Colombia y los requisitos del sector salud de este. Para ello, llevará a cabo un examen exhaustivo de los pros y los contras de la hospitalización domiciliaria y un estudio comparativo con modelos de atención alternativos introducidos en todo el mundo.

A nivel global, los cuidados paliativos domiciliarios (CPD) han adquirido una creciente importancia dentro de los sistemas de salud, debido a la preferencia de muchos pacientes y familias por recibir atención en la comodidad de su hogar, investigaciones realizadas en Europa,

particularmente en el Reino Unido, donde se estableció el primer hospicio, han demostrado que los pacientes en fase terminal valoran significativamente la posibilidad de permanecer en casa durante sus últimos momentos de vida (Centeno, 1997; Townsend et al., 1990).

A pesar de que existen pocas instituciones dedicadas a cuidados domiciliarios, en el contexto colombiano, las experiencias de Cuidados Paliativos (CPD) están documentadas y hasta la fecha han demostrado su utilidad para mejorar el bienestar del paciente y su entorno familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En este sentido, se plantea la creación de una Institución Prestadora de Salud (IPS) especializada en el cuidado de pacientes oncológicos, con el propósito de garantizar la continuidad de los tratamientos establecidos y proporcionar un entorno seguro y confortable para los pacientes y sus familias, este modelo de hospitalización a domicilio tiene como eje central el bienestar integral del paciente, minimizando el estrés y las molestias asociadas a los desplazamientos innecesarios, mediante la prestación de servicios por un equipo de profesionales altamente calificados que trasladan la asistencia clínica al hogar.

La IPS proporcionará un amplio espectro de servicios adaptados a las necesidades individuales de cada paciente, cubriendo servicios como la administración de terapias (antibióticos, quimioterapia subcutánea o intramuscular), terapia ocupacional y respiratoria, asesoramiento nutricional, apoyo psicológico y enfermería oncológica.

Además de eso, un modelo de atención individualizado adaptado a las particularidades de cada caso permitiría ofrecer atención médica general y paliativa, maximizando las posibilidades de una intervención oportuna y efectiva a lo largo de diferentes trayectorias.

El proyecto consiste en crear y operar una IPS oncológica en Bogotá, y su principal propósito es responder a la necesidad de brindar atención domiciliaria integral para los pacientes

con enfermedades oncológicas mediante servicios de alta calidad que hagan un mejor uso de los recursos del sistema de salud.

Vuelve a convocar a la cúspide del sector, para una conducta humanizada y accesible, que enfatice la recuperación y salud integral del paciente en todos sus aspectos.

Asimismo, esta iniciativa busca establecerse como una alternativa sostenible y financieramente viable, asegurando la rentabilidad y permanencia del proyecto a largo plazo, para ello, se desarrollarán estrategias de gestión y financiamiento que permitan garantizar su operatividad, al tiempo que se promueve su posicionamiento como un centro oncológico de referencia en la ciudad.

Según el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), en los últimos años la cobertura de afiliación al sistema de salud en Colombia ha superado el 94%, con el Régimen Contributivo representando el 44.9% y el Régimen Subsidiado el 54.8% (DANE, 2022), este panorama indica que existe una base sólida de usuarios potenciales que podrían beneficiarse de los servicios ofrecidos por la IPS, lo que refuerza su viabilidad y pertinencia dentro del contexto actual del sistema de salud en el país.

Las estrategias del Ministerio de Salud y Protección Social para el período 2023-2026 priorizan un modelo de salud preventivo y predictivo, orientado a facilitar la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer, esto refuerza aún más la relevancia de este proyecto, ya que una atención domiciliaria bien estructurada podría contribuir significativamente a la optimización de los recursos del sistema de salud y a la mejora en la calidad de vida de los pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Asimismo, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPBS) podrían verse beneficiadas con la implementación de este modelo, ya que permitiría reducir los

costos asociados a la hospitalización tradicional en instituciones, ofreciendo una alternativa de atención eficiente y económicamente viable, en este contexto, la hospitalización domiciliaria se presenta como una solución innovadora y necesaria, que responde a las necesidades del sector y al derecho de los pacientes a recibir una atención de calidad en el entorno que les resulta más familiar y reconfortante.

Planteamiento del Problema

El sistema de salud en Colombia enfrenta una creciente demanda de atención debido al envejecimiento poblacional y al aumento de enfermedades crónicas y degenerativas, particularmente las oncológicas y neurodegenerativas, que elevan las tasas de morbilidad y mortalidad en el país.

Este cambio en la estructura de la población ha puesto en evidencia la limitada capacidad de respuesta de la infraestructura de salud, la cual no cuenta con suficientes recursos y personal para atender a un número cada vez mayor de pacientes con necesidades complejas y de seguimiento prolongado, entre estos pacientes están aquellos con enfermedades oncológicas en fase terminal los cuales requieren un manejo integral y continuo, ya que presentan un riesgo elevado de complicaciones de no ser atendidas adecuadamente.

En Colombia, existen pocos programas de cuidados paliativos domiciliarios estructurados y adaptados a las políticas de salud nacionales, lo que agrava la sobrecarga en los centros hospitalarios y limita las opciones de atención digna y de calidad en los últimos momentos de vida de estos pacientes.

Tan solo en el Año 2020 nace el observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria, como un proyecto estratégico de la Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria y en su reporte técnico del Año 2023 señala que en este año, solo el 53% de la población colombiana tenía acceso a servicios de atención domiciliaria. Esta cifra es aún más baja en los territorios rurales, donde solo el 5% de la población tiene acceso a este servicio.

Las principales causas de la inequidad en el acceso a la atención domiciliaria en Colombia están relacionadas con la falta de cobertura

Las principales causas de la inequidad en el acceso a la atención domiciliaria en Colombia están relacionadas con la falta de cobertura de los servicios de atención domiciliaria por parte de los planes de salud; la falta de infraestructura y recursos humanos en los territorios rurales y zonas dispersas y la falta de conocimiento sobre los beneficios de la atención domiciliaria en diversos grupos de interés. Para superar esta inequidad, es necesario desarrollar estrategias que permitan integrar al sistema de salud los modelos de atención domiciliaria, especialmente en los territorios con menor cobertura. (Acisd-Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria. 2023)

Como referencia tenemos según datos de la Alianza Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos (WHPCA, por sus siglas en inglés), que en Colombia más de 60 millones de niños y adultos necesitan de este servicio. Sin embargo, solo el 12% de estas personas tiene acceso a este tipo de atención, esto significa que aproximadamente 18 millones de personas mueren cada año con dolor y sufrimiento debido a la falta de acceso a este servicio básico (Alianza Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos. 2024), y de acuerdo con los datos reportados a la Cuenta de Alto Costo (CAC), hasta el 1º de enero de 2024, el 24,77% de los casos nuevos (CN) de cáncer recibieron esta atención, lo que representa 14.981 personas.

Según la Red Global de Hospitales Verdes, los costos promedios de pacientes en etapa terminal en la modalidad extramural disminuyen potencialmente (70%) frente al costo diario de hospitalización que en pesos colombianos es de 1.200.000. (León MA, Quijano M, Romero M, Salamanca N, Sánchez O, Ortega A, Consuegra C, Flórez S. 2016)

Lo anterior ha generado la necesidad de explorar y desarrollar modelos de atención domiciliaria, particularmente en el ámbito paliativo, que permitan brindar un cuidado integral y personalizado, aliviar la presión en las instituciones de salud y mejorar la calidad de vida de los

pacientes y sus familias, así mismo según este estudio la atención domiciliar propicia ahorros gracias a la reducción de costos directos e indirectos.

Formulación del Problema

¿Es viable la creación de una IPS especializada en la atención domiciliar del paciente oncológico?

Objetivos

Objetivo General

Efectuar un estudio para determinar la viabilidad de la creación de una IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente oncológico en la Ciudad de Bogotá.

Objetivos Específicos

Analizar la viabilidad a través de un modelo de gestión para la creación de una IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente oncológico.

Realizar un estudio de mercado analizando la oferta y la demanda en relación de los servicios ofertados para la creación una IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente oncológico.

Elaborar el estudio administrativo para la creación de una IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente oncológico.

Evaluar la viabilidad financiera para la creación de una IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente oncológico.

Marco Referencial

Con el propósito de hacer historia sobre en qué momento surgió la modalidad de Hospitalización Domiciliaria, vale mencionar que en el juramento hipocrático aparece la siguiente frase “En toda casa que yo visite iré solo para beneficio del enfermo, permaneciendo libre de toda injusticia intencional, de toda acción mala”(Bustamante, N. 2006). Posteriormente, revisando la historia de la medicina, en la Edad Media y el Renacimiento existen testimonios que mencionan el uso del modelo de hospitalización domiciliaria para pacientes de un alto nivel social, mientras que los pobres e indigentes eran atendidos en monasterios e instituciones de caridad. La modalidad de hospitalización domiciliaria consiste en la prestación de servicios de salud de parte de cuidadores formales o informales en el hogar del paciente con el fin de promover, restablecer el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte (Organización Mundial de la Salud – OMS. 2008).

El primer programa de hospitalización domiciliaria formal fue inaugurado en el Bronx, Nueva York, Estados Unidos por el Montefiore Hospital, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente, con el propósito de “descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación” (Bustamante, N. 2006). Este modelo de hospitalización fue reproducido en otros países como Francia, donde se creó la primera unidad de hospitalización domiciliaria de Europa, en el Hospital Tenon de París y el Sante Service, una ONG donde se prestaba servicios de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal (Minardi Mitre Cotta, R., María Morales, M., Llopis González, A., Cotta Filho, J., Real, E., & Días Ricós, J. 2001). Otros países de Europa como el Reino Unido, Alemania, Suecia e Italia desarrollaron más adelante el programa adaptándolo a sus respectivos sistemas de salud en cuanto a procedimientos y estructuras. Igualmente, Canadá

implementó estos servicios orientados específicamente a pacientes quirúrgicos dados de alta temprana y posteriormente en el Año 1987 realizó una experiencia piloto que denominó Hôpital extra-mural para administrar y controlar los antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos (Minardi Mitre Cotta, R., María Morales, M., Llopis González, A., Cotta Filho, J., Real, E., & Días Ricós⁵, J. 2001).

No obstante estos antecedentes, puede decirse que fue en los años 80 cuando este modelo de hospitalización tuvo su furor en Europa, donde un gran número de sobrevivientes de la segunda guerra mundial que perdieron su familia, al quedar solos y enfermos en su vejez, y no poderse valer por sí mismos terminaban congestionando los hospitales; como respuesta a este problema aparecen hogares asistidos, hospicios o unidades de cuidados intermedios atendidos por enfermeras y los servicios de hospitalización en casa.

Del mismo modo, por la misma época en Estados Unidos, se crean modelos de atención institucionalizados con alta tecnología que resultan bastante costosos, lo que lleva a buscar modelos más eficientes, de calidad y que satisfagan al usuario, por lo tanto, aparece el Home Care, un programa que hasta la fecha ha dado buen resultado tanto en reportes de ventas, empleabilidad y cobertura (Bustamante, N. 2006).

Por su parte, la Hospitalización Domiciliaria se implementó en América Latina en los años 90, específicamente en el sistema de atención privado de salud en Argentina y en Colombia la iniciativa fue realizada en el Año 1993 por la Fundación Santa Fe con el programa “Home Care” (Cuidados en el Hogar), en Bogotá y seguidamente se fue desarrollando en otras ciudades del país.

En Colombia los programas de cuidado domiciliario surgen como una estrategia para la atención de los usuarios crónicos afiliados al Instituto Nacional de Seguros Sociales y se

desarrollan con base en necesidades de atención derivadas de fallos judiciales en las que se obligaba a las empresas aseguradoras a garantizar la atención del enfermo en su hogar con prestación permanente de cuidados médicos, de enfermería y rehabilitación.

La atención médica domiciliaria en Colombia ha estado descrita como una posibilidad desde la Resolución 5261 de 1994 (Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud), donde se define como “aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin”. CES Salud Pública. (2016). Es aquí donde se realiza la primera definición normativa de este tipo de servicios y con base en la cual se genera la descripción que se hace en las modificaciones del Plan Obligatorio de Salud, estando vigente la mencionada en el Acuerdo 029 de 2011, en la cual se menciona la atención domiciliaria como “atención extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud con participación de la familia” (Bermejo, G.; Angulo K; Agorria, A.; Barruetabeña, M.; Arrate, A. (1997) (Sánchez M, Fuentes G. (2016)

Se considera susceptible de hospitalización domiciliaria, todo paciente cuyo estado de salud no justifica la estancia en una institución hospitalaria, pero que necesita una vigilancia activa con intervenciones frecuentes de profesionales en el área de la salud (médico general y especialista, enfermera, terapeuta, psicólogo, nutricionista, etc.), que garantice los cuidados, continuidad en los tratamientos prescritos. Si surge alguna complicación o empeora el cuadro del paciente se toma la determinación de remitir al paciente a la institución hospitalaria.

A pesar de que el modelo de atención domiciliario ha resultado beneficioso para los sistemas de salud, por contribuir a descongestionar las instituciones hospitalarias, no se le ha brindado mayor divulgación. Su desarrollo se ha dado por parte de la creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS - que realizan convenios específicos con aseguradoras del Régimen Contributivo, Subsidiado y Sistemas de Medicina Prepagada para atención de pacientes crónicos y hospitalización domiciliaria (Sánchez M, Fuentes G. 2016).

Teniendo en cuenta que el objeto social de este tipo de instituciones se desarrolla en el área de la salud, su interés se proyecta en el bienestar del paciente y su familia.

Es evidente que, en Colombia, el servicio de atención hospitalaria a domicilio es una alternativa eficiente como apoyo a la crisis del sistema de salud por falta de infraestructura suficiente para cubrir adecuadamente la atención médica a las personas que demandan la prestación de servicios de salud. Es así que el crecimiento demográfico de la población adulta mayor que presentan enfermedades crónicas, el surgimiento de enfermedades huérfanas y tratamientos de enfermedades de alto costo aceleraron la implementación de programas de atención hospitalaria a domicilio como soporte asistencial de los diferentes centros hospitalarios.

Con el propósito de reducir los costos en los servicios de hospitalización, la implementación y estructuración de programas de servicios domiciliarios representa una herramienta importante. Permite garantizar cupo hospitalario para personas que ameritan estar hospitalizados y posibilita brindar atención en su propio domicilio a pacientes por parte de profesionales de la salud y rodeados de su núcleo familiar y de otros elementos que complementan un ambiente propicio para su recuperación y/o rehabilitación (Sánchez M, Fuentes G. 2016). En el mismo sentido, la implementación del modelo de atención hospitalaria a domicilio coadyuva en la rentabilidad hospitalaria, al reducir los tiempos de estancia en

hospitales, la reducción de riesgos por infecciones nosocomiales, dado que al lograrse que un paciente pueda ser atendido en su propio domicilio se evitaría su permanencia en una unidad hospitalaria y el contacto con otros pacientes y exponerse innecesariamente.

La atención domiciliaria en Colombia, como alternativa a la atención hospitalaria institucional, para pacientes cuyo médico tratante lo considere pertinente, está financiada con recursos de la UPC, bajo las normas de calidad vigentes. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, son responsables de verificar que el domicilio del paciente cuente con las condiciones necesarias, según lo dispuesto en las normas vigentes (Ministerio de Salud (s/f)). El objetivo central de esta modalidad es brindar un servicio de acompañamiento integral óptimo en conjunción con los familiares hasta tanto se logre la recuperación o estabilización del paciente.

Según registros del Ministerio de Salud la modalidad extramural domiciliaria se presenta en mayor número en el Valle del Cauca, Bogotá D. C., Santander y Atlántico. Del total nacional 184.234 servicios se encuentra que se presentan mayor número de servicios en la modalidad extramural domiciliaria 10.575, en la modalidad extramural combinada (unidad móvil, domiciliario y otras extramural) existen 3.398 y servicios que no presentan modalidad extramural se encuentran 154.324 en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social. 2019).

Comparativamente se puede decir que en países de Europa el modelo de atención domiciliaria se creó en parte por la necesidad de atender a pacientes sobrevivientes de la segunda guerra mundial y en estados unidos como opción para poder descongestionar los hospitales, en Colombia se dio más como estrategia para atender a usuarios crónicos y como respuesta a fallos judiciales pero que a lo largo del tiempo se ha configurado como una alternativa que beneficia a los pacientes ya que reciben el acompañamiento médico y el apoyo de sus familiares o cuidadores en la calidez del hogar.

Antecedentes

La atención domiciliaria en Colombia para pacientes oncológicos surge de la necesidad de proporcionar una atención más personalizada y humanizada, adaptada a las particularidades del paciente, fuera del escenario hospitalario. Para entender mejor este tema, se presenta un contexto que ofrece un marco basado en experiencias institucionales, regulaciones gubernamentales y estudios académicos.

Características

La Hospitalización Domiciliaria es definida por Minardi et al; como una “alternativa asistencial que consiste en un modelo organizativo que dispensa cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario en calidad y cantidad cuando ya no se precisa de infraestructura hospitalaria”.(Minardi Mitre Cotta, R., María Morales, M., Llopis González, A., Cotta Filho, J., Real, E., & Días Ricós⁵, J. 2001) Por su lado, Temes et al; precisa que “esta actividad se hace con recursos del hospital, sean estos recursos humanos, materiales sanitarios y fármacos; la familia o cuidador del paciente se hace cargo de la alimentación, el aseo, confort y cuidados generales”.

Es decir que este modelo de hospitalización es una opción para el paciente de recibir cuidados hospitalarios, tratamientos y todo tipo de atención en salud, en su propia casa y acompañado por su familia, sin tener que permanecer internado en un hospital, de parte de profesionales que le brindan un seguimiento activo y controlado por un tiempo determinado.

En este orden de ideas, la Hospitalización Domiciliaria aparece como una alternativa a la hospitalización convencional de pacientes con padecimientos agudos, para cuya logística los hospitales han debido organizar equipos de trabajo y dispositivos para atención primaria. Es importante precisar que esta modalidad de atención está concebida para el tratamiento de

pacientes en condiciones severas de una enfermedad que habitualmente requeriría hospitalización, tal es el caso de una neumonía, infecciones urinarias o insuficiencia cardíaca. El paciente puede ingresar al programa justo al ser dado de alta para continuar el tratamiento o remitido directamente desde el servicio de urgencia para ser atendido sin que tenga que internarse en el hospital.

La hospitalización a domicilio representa una alternativa a la hospitalización hospitalaria cuyo principal beneficio para el paciente es poder recibir cuidados, atención y cualquier tipo de tratamiento o terapia en su propia casa con la misma calidad como si fuera atendido en un centro hospitalario, de parte de profesionales de la salud. Es una modalidad utilizada para pacientes que no requieren permanencia hospitalaria, pero sí una continuidad en su tratamiento de forma frecuente durante un tiempo limitado o ilimitado. Entre las principales ventajas, el programa favorece el bienestar y calidad de vida tanto del usuario como de su familia, disminuye el riesgo de contagios e infecciones hospitalarias, promueve el autocuidado y la participación de la familia en la evolución del paciente, evita traslados innecesarios al hospital, atención personalizada y mejor aprovechamiento de recursos e infraestructura en sedes hospitalarias.

Un programa de Hospitalización a Domicilio está conformado por médicos, enfermeras y terapeutas que prestan asistencia profesional y con los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para que cuenten con las mismas condiciones clínicas como si se encontrara ingresado en el hospital. Por sus condiciones, el equipo debe estar disponible 24 horas al día y todos los días del año. La mayor parte de los autores resaltan la necesidad de una mayor colaboración entre los servicios hospitalarios y extrahospitalarios -atención primaria, ambulatoria y domiciliaria y servicio social- para posibilitar una asistencia continua y eficaz (Glez, M. 1998). Por su parte Bermejo et al; señalan “la importancia de la Hospitalización Domiciliaria como

puente entre el hospital y la atención primaria de salud, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva y real entre los dos principales niveles de atención”. (Bermejo, G.; Angulo K; Agorria, A.; Barruetabeña, M.; Arrate, A. (1997)

La rápida acogida de la implementación de programas de Hospitalización Domiciliaria se debe a que el hogar es el mejor lugar para que un paciente lleve a cabo su recuperación y se cuenta con el acompañamiento familiar, lo que repercute en el mejoramiento de su calidad de vida y permite disponer de camas hospitalarias para pacientes que ameritan internarse para recibir atención médica. En ese orden de ideas, la Hospitalización Domiciliaria no solo ofrece una mejor atención sino mayor satisfacción del paciente y de la familia durante el tiempo que transcurre en el tratamiento.

Para que un paciente pueda ser admitido en el Programa de Hospitalización Domiciliaria debe cumplir con algunos requisitos como, por ejemplo, pacientes dados de alta después de un periodo de hospitalización corto, que requieren seguimiento por un tiempo adicional pero no es necesario continuar internado, para luego ser dado de alta definitivamente. Es el caso de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, postoperatorios de cirugía traumatológica, cirugías menores o tratamientos de úlceras cutáneas. Otro tipo de pacientes susceptibles de hacer uso de este tipo de servicio son los que sufren algún tipo de enfermedades infecciosas, quimioterapias, enfermedades neurológicas, pacientes con nutrición parenteral o ventilación mecánica. Los pacientes crónicos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías, VIH, cirrosis hepática o enfermedades terminales corresponden a un grupo de usuarios que pueden ser remitidos a Hospitalización Domiciliaria por su condición médica.

La Hospitalización Domiciliaria constituye una estrategia innovadora como alternativa de atención sanitaria en el sector de la salud y como apoyo a los servicios hospitalarios para

contribuir a mejorar la sobreocupación y el mejor aprovechamiento de los recursos. En razón a lo anterior, es importante que exista congruencia en el trabajo del equipo multidisciplinario de la salud, el sistema sanitario y los servicios sociales, para beneficio y recuperación del paciente.

Programas Institucionales

La Liga Colombiana Contra el Cáncer es una de las organizaciones pioneras en la implementación de programas de atención domiciliaria en Colombia, han diseñado proyectos para pacientes oncológicos para promover su calidad de vida y para brindar cuidados paliativos en el hogar. La Liga Colombiana Contra el Dolor por Cáncer cubre el dolor como el síntoma más frecuente, como parte de sus programas de atención integral y completa, que también incluyen apoyo emocional y educación de los cuidadores. (Liga Colombiana contra el Cáncer, s.f.).

Experiencias Regionales

Estos datos han motivado la creación de programas piloto de atención domiciliaria para pacientes oncológicos en varias entidades de salud del departamento de Antioquia. Un ejemplo de este tipo de modelo es el Hospital San Vicente Fundación, que está desarrollando un modelo de atención domiciliaria para pacientes con enfermedades crónicas, incluido el cáncer. Estos programas han producido resultados prometedores, incluyendo una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes y una reducción de las hospitalizaciones, aliviando la carga de los servicios hospitalarios. (Hospital San Vicente Fundación, s.f.).

Investigación Académica

La utilidad de la atención domiciliaria en la población oncológica ha sido evaluada en múltiples estudios académicos en Colombia, uno de los más significativos es el artículo "Efectividad de un Programa de Atención Domiciliaria en Pacientes Oncológicos: Estudio de Caso en Bogotá", publicado en la Revista Colombiana de Oncología, este estudio destaca el

papel de los servicios de atención domiciliaria en la mejora de la vida de los pacientes y la necesidad de otros programas similares a nivel nacional (Revista Colombiana de Cancerología, s.f. 2018).

Estos contextos brindan una visión global de la sistematización y avances de las instituciones colombianas y el enfoque del gobierno sobre la atención domiciliaria en oncología para estos pacientes y sus familias, alineándose con un mayor compromiso de las instituciones de salud, su propósito y el gobierno para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos a través de una atención personalizada en sus necesidades específicas.

Marco Teórico Conceptual

Atención Domiciliaria

La atención domiciliaria se refiere a la gama de servicios médicos y de salud administrados en el hogar del paciente, esto abarca desde cuidados básicos hasta servicios especializados como cuidados paliativos, administración de medicamentos, monitoreo de signos vitales, fisioterapia y apoyo psicológico. Según la OMS (2012), la atención domiciliaria puede ser una alternativa viable para ofrecer una atención continua y de mayor calidad, de modo que los pacientes puedan ser tratados en un entorno seguro que impacte positivamente su calidad de vida.

Institución Prestadora de Salud (IPS)

IPS significa Institución Prestadora de Salud, una entidad asistida por las autoridades de salud para brindar servicios de salud a la población, la IPS es un servicio amplio que proporciona una variedad de consultas ambulatorias, hospitalizaciones, cirugías, restauraciones y atención domiciliaria, tanto pública como privada. En el contexto domiciliario, una IPS especializada se refiere a la atención médica proporcionada directamente en el hogar del paciente, permitiendo la continuidad y calidad de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Paciente Oncológico

Un paciente oncológico es alguien que ha sido diagnosticado con cáncer, una condición en la que las células anormales en el cuerpo crecen de manera incontrolada, los tratamientos para el cáncer pueden involucrar cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapias dirigidas, los pacientes oncológicos con atención domiciliaria a menudo manejan sus síntomas, además de mantener una mejor calidad de vida mientras están en casa y evitar el estrés de tener que ir constantemente al hospital para recibir cuidados paliativos (American Cancer Society, 2020).

Modelos de Atención Domiciliaria

Modelo de Cuidados Paliativos en el Hogar

Este modelo se centra en aliviar el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo emocional y psicológico tanto para el paciente como para la familia del paciente.

La Liga Colombiana Contra el Cáncer ha estado utilizando este modelo en sus programas y ha visto un impacto notable en la calidad de vida de sus pacientes, los cuidados paliativos se enfocan en manejar no solo los síntomas físicos, sino también en proporcionar al paciente y su familia un apoyo integral en los niveles emocional, social y espiritual (Liga Colombiana contra el Cáncer, s.f.).

Modelo de Atención Integral

Este modelo de atención integra múltiples servicios de salud para proporcionar atención continua y coordinada, esto ofrece a los pacientes un tratamiento integral y sin interrupciones a través de los dominios médico, social y psicológico, este modelo que ha sido implementado en los programas de atención domiciliaria de instituciones como el Hospital San Vicente Fundación, con resultados favorables en la reducción de hospitalizaciones y la mejora de la calidad de vida de pacientes crónicos y oncológicos. Es importante decir que el modelo destaca la necesidad de coordinación entre diferentes especialidades y servicios para brindar una atención eficaz y centrada en el paciente (Hospital San Vicente Fundación, s.f.).

Modelo de Atención Centrada en el Paciente

Este modelo pone el foco en las necesidades, preferencias y valores del paciente en el centro del proceso de atención a la vez que se basa en una comunicación abierta y eficaz entre el paciente y los proveedores de atención, asegurando la participación del paciente en el proceso de toma de decisiones sobre su salud y respetando su autonomía y capacidades. Múltiples

organizaciones de salud en todo el mundo han promovido este modelo para mejorar la calidad y satisfacción del paciente (Institute of Medicine, 2001).

Creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia

Con el fin de mejorar las numerosas deficiencias en materia de seguridad social que han existido en Colombia a lo largo de los años, entró en vigencia la Ley No. 100 de 1993, luego de reformas constitucionales y la transformación del Estado de Derecho en Estado de Derecho en la sociedad. Las principales falencias que muestra el servicio médico son la falta de solidaridad, que se refleja en la atención especializada, es decir, la prestación de servicios de acuerdo a la situación financiera del paciente; cobertura insuficiente, distribución injusta de recursos y organización ineficiente.

Por lo tanto, la reforma constitucional de 1991 incluyó la seguridad social como un derecho inalienable, acordó someter los servicios de salud pública a la orientación estatal y adoptó un paquete de servicios médicos gratuitos para proteger a las personas de bajos ingresos. Asimismo, las organizaciones del sector privado brindan servicios integrales de salud en régimen de libre competencia, con énfasis en la salud preventiva y promocional, y los usuarios pueden acceder a la atención médica afiliándose y pagando aportes mensuales como trabajadores dependientes o independientes.

La creación de nuevas empresas en el sector salud contribuye a una mayor cobertura, mientras que la competencia contribuye a la calidad de los servicios prestados y a un mayor compromiso de los profesionales de la salud frente a nuevos desafíos que exigen su capacitación en administración de empresas para que estas instituciones sean sostenibles y rentables. Para ello, deben estructurar la creación de la empresa utilizando algunos estándares que aplican para IPS.

Primero, se realiza un análisis de la industria, incluyendo la identificación de alternativas y riesgos, leyes y regulaciones, monitoreo competitivo y perfiles de usuarios. En segundo lugar, analizar el entorno interno y externo, como la demografía, los factores socioeconómicos, la oferta y la demanda, y determinar estrategias de marketing y promoción para una mejor aceptación por parte de los clientes. En tercer lugar, un estudio técnico que considere identificar los recursos logísticos, técnicos y humanos necesarios para iniciar las obras, así como los recursos financieros, infraestructura, suministro, distribución y capacidad instalada; Por último, pero no menos importante, es necesario realizar un estudio que incluya la selección de micro localización y la macro localización para determinar el sitio más adecuado para la institución.

Importancia de la Atención Domiciliaria para Pacientes Oncológicos

La atención domiciliaria tiene muchos beneficios para los pacientes oncológicos, tales como:

Disminución de la Tasa de Hospitalización: La atención domiciliaria puede minimizar la frecuencia de hospitalizaciones, reduciendo costos, así como el estrés del hospital y el riesgo de contraer infecciones nosocomiales para los pacientes.

Aumento de las Relaciones Interpersonales: La atención domiciliaria brinda a los pacientes y sus familias un sentido de participación y apoyo en el proceso, lo que conduce a una mayor satisfacción entre ellos.

Aumento de la Satisfacción del Paciente y la Familia: El paciente y la familia implicados están más involucrados y tienen más apoyo en el cuidado en el hogar, lo que los hace más satisfechos.

Continuidad: El cuidado con continuidad ofrece atención continua, con un monitoreo constante y mayor cumplimiento del tratamiento. (Revista Colombiana de Cancerología, s.f.).

Marco Legal

Normativa y Regulación en Colombia

La administración del sistema de salud en Colombia está controlado y administrado por el Estado, como quedó establecido el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (1991) “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”, a través del Sistema General de Seguridad Social, que a su vez fija las normas y procedimientos para la adecuada prestación de servicios de salud, la creación de empresas prestadoras y comercializadoras de este tipo de servicios y garantizar que se cumplan tanto las leyes como lo estipulado por la Constitución. (Constitución Política de Colombia 1991)

Marco Legal para Prestación de Servicios de Atención Domiciliaria en Colombia

Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud

Mediante la resolución 13437 de 1991 se dictan normas para la constitución de comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes. El Ministerio de Salud toma en consideración que como ente rector del Sistema de Salud debe desarrollar políticas y proyectos para mejorar la calidad del servicio de salud y humanizar la atención en salud de los pacientes. Establece derechos de los pacientes tales como:

Elegir libremente al médico, los profesionales de la salud y las instituciones que le presten la atención en salud.

Contar con una comunicación clara con el médico de acuerdo con su condición psicológica y cultural para recibir la información necesaria en cuanto a su estado de salud, los procedimientos y tratamientos a los que debe someterse.

Recibir un trato digno y respetuoso de sus costumbres, creencias y opiniones personales.

La información de su historia clínica debe ser tratada con confidencialidad y se debe contar con la autorización del paciente para dar a conocer esa información.

Recibir la mejor asistencia médica durante todo el proceso de enfermedad, respetando en todo momento los deseos del paciente en caso de enfermedad irreversible.

Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por servicios obtenidos tanto de parte de los profesionales de salud como por las instituciones sanitarias; así como también en caso de emergencia recibir los servicios necesarios sin condicionarlos al pago de honorarios.

Respetar la voluntad del paciente en torno a la aceptación o no en relación con la donación de sus órganos para ser trasplantados a otros enfermos.

Derecho a morir dignamente y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

La resolución dicta las normas para conformar en las entidades prestadoras del servicio de salud tanto públicas como privadas, comités de ética hospitalaria que deben estar integrados por un representante del equipo médico, un representante del personal de enfermería y dos delegados de los comités de participación comunitaria del área de influencia. Los comités tienen como función principal vigilar y hacer cumplir los derechos de los pacientes (Ministerio de Salud (1991).

Resolución 5261 de 1994 Ministerio de Salud

Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta resolución señala que la asistencia domiciliaria es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin y también que el paciente

crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar.

Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud mediante la resolución 1995 de 1999, dispone que la Historia Clínica se constituye en un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, donde se debe registrar de forma cronológica el estado de salud del paciente, las actuaciones y procedimientos realizados por los diferentes profesionales de la salud que intervengan en la atención al paciente. Al ser un documento privado, para que un tercero pueda conocerlo, debe existir autorización previa de parte del paciente o de sus familiares en los casos previstos por la ley (Ministerio de Salud. 1999).

Ley 1384 del 19 de abril de 2010, Congreso de Colombia

El Congreso de Colombia, mediante la Ley 1384 de 2010 establece las acciones que se deben ejercer para el control integral del cáncer en la población colombiana. Con lo anterior, El Estado y específicamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud, buscan garantizar las condiciones de vida de pacientes oncológicos y reducir la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, a través de la prestación de los servicios requeridos en prevención, detección, tratamiento integral, rehabilitación y cuidados paliativos , incluyendo la atención domiciliaria, y garantiza los derechos de los pacientes oncológicos a recibir un tratamiento adecuado y oportuno (Congreso de la República de Colombia, 2010).

Resolución 2003 de 2014, Ministerio de Salud

Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de

Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Esta resolución está dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes, los servicios de transporte especial de pacientes, las entidades con objeto social diferente a prestación de servicios de salud y entidades departamentales y distritales de salud. En cuanto a las condiciones para habilitarse como prestador de servicios de salud la resolución señala que debe contar con capacidad técnico – administrativa, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad tecnológica y científica. Adicionalmente debe contar con inscripción y habilitación de acuerdo con los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Para el caso de una Institución Prestadora de Salud se debe cumplir con requisitos como la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), Certificado de Existencia y Representación Legal, documentos de identidad de representantes legales, certificación que demuestre la suficiencia patrimonial y financiera, RUT, NIT y demás documentales legales (Ministerio de Salud y Protección Social. 2014).

Ley 1733 de 2014 Congreso de la República

Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

Resolución 3512 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social

La Resolución determina cuáles son los servicios y tecnologías de salud que pueden ser financiados con recursos de la UPC, para que sean garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces. Dichos servicios y tecnologías son recursos indispensables para cumplir con el concepto de atención integral en salud en cualquiera que sea el nivel de atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación,

como garantía del derecho fundamental a la salud y el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social. 2019).

Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

Resolución 1410 de 2022 Ministerio de Salud y Protección Social

Por la cual se corrige un yerro en el artículo 3 de la Resolución 1138 de 2022 y se adiciona la modalidad extramural domiciliaria al numeral 11.3.7 en el anexo técnico de la Resolución 3100 de 2019. En su considerando señala que la atención en salud en el ámbito domiciliario dirigido a las personas con diagnóstico de cáncer cuenta con evidencia favorable en torno a su factibilidad y favorabilidad en términos de satisfacción por parte de los usuarios, familiares, y profesionales de salud.

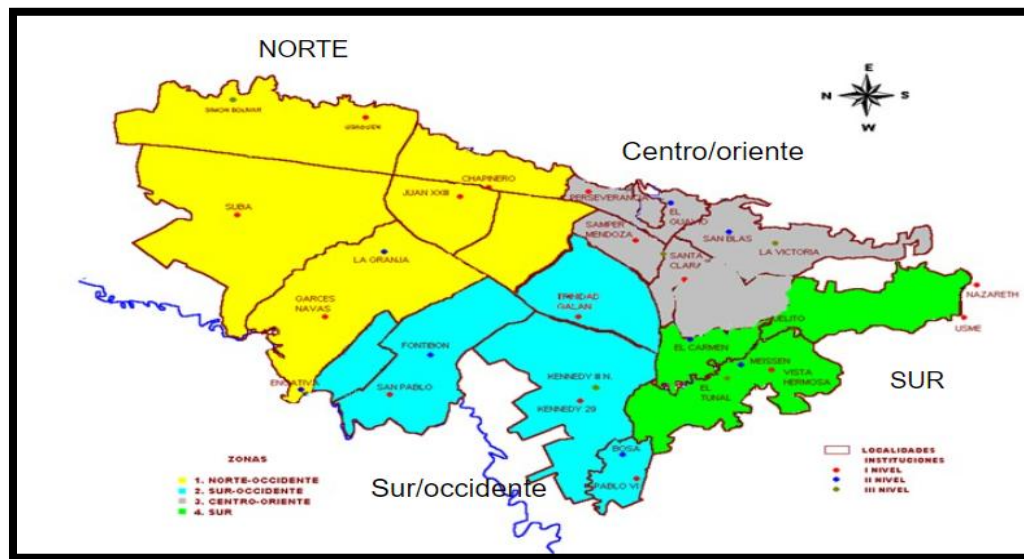
Marco Geográfico

El área geográfica en la cual se realizará el proyecto es en Bogotá Distrito Capital Ubicada en el Centro del país en la cordillera oriental, tiene una extensión aproximada de 33 kilómetros de sur a norte y 16 kilómetros de oriente a occidente y se encuentra situada en las siguientes coordenadas: Latitud Norte: 4° 35'56" y Longitud Oeste de Grennwich: 74°04'51".

En el Distrito Capital se destinó una inversión superior a los 5 mil millones de pesos para poner en funcionamiento un programa de Atención Médica Domiciliaria denominado AMED, con el que pretende atender 1.500 pacientes mensuales en Bogotá, y que beneficiará a los usuarios de la red pública hospitalaria, con proyección a afiliados del régimen contributivo, a través de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud que conformaron equipos interdisciplinarios integrados por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, regentes de farmacia, auxiliares administrativos y líderes de programa para dar cobertura a las 20 localidades del distrito (Secretaría de Salud. 2021). El proceso de inclusión al programa comienza con los médicos hospitalarios que deciden qué paciente puede concluir su recuperación en su hogar. Posteriormente la Trabajadora social se encarga de realizar la visita al domicilio del paciente para determinar si las condiciones de la vivienda son adecuadas al estado de salud del paciente. El programa está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Según datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS a noviembre de 2020 existían en Bogotá 10 IPS públicas, 118 privadas y 1 mixta.

Figura 1

Distribución de IPS que cuentan con servicios de atención domiciliaria por localidades en Bogotá a noviembre de 2020

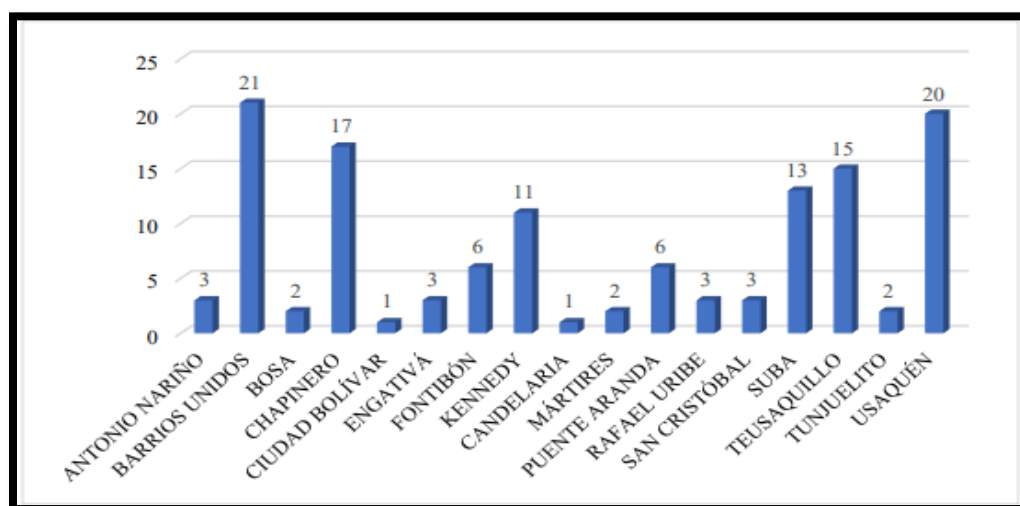


Fuente. Secretaria de salud 2020.

La distribución de IPS con servicio de atención domiciliaria por localidad en Bogotá D.C., a noviembre de 2020 refleja que la mayor concentración se encuentra en las localidades de Barrios Unidos (16%), Usaquén (16%) y Chapinero (13%). En la gráfica 2 presenta la distribución de las IPS con programas de atención domiciliaria por localidad en Bogotá.

Figura 2

Distribución de IPS con programas de atención domiciliaria por localidad en Bogotá D. C. a noviembre de 2020



Fuente. Secretaría de Salud de Bogotá (2020)

De otro lado, en la Tabla 1 (Números de pacientes atendidos en el programa de atención domiciliaria por las diferentes EPS en Bogotá) se registra el número de pacientes atendidos por las diferentes EPS dentro de los programas de atención domiciliaria en Bogotá en el periodo comprendido entre 2018 a 2020, según cifras presentadas en un informe de la Secretaría de Salud (2020).

Tabla 1

Número de pacientes atendidos en el programa de atención domiciliaria por las diferentes EPS en Bogotá, durante el periodo 2018 a noviembre de 2020

EAPB	Total Atenciones
Aliansalud	30.696
Cruz Blanca	1.498
Cafesalud	20.660

Salud Total	2.922
FAmisanar	43.669
Sanitas	2.361
Sura	4.978
Compensar	251.061
Nueva EPS	334.198
Unicajas	522
Coomeva	SIN DATOS
Servicios Occidentales de Salud	SIN DATOS
Salud vida	SIN DATOS
TOTAL	692.565

Fuente. Secretaría de Salud de Bogotá (2020)

Analizando la tabla anterior se puede observar que el mayor número de pacientes fue atendido por Nueva EPS con 334.198, seguido por Compensar con 251.061. En último lugar con 522 pacientes atendidos aparece Unicajas.

Marco Ambiental

Es posible que los servicios que prestará la IPS “Especializada Oncológica” generen algunas situaciones que tendrán impacto ambiental por la generación de residuos contaminados, por lo tanto se debe contar con un control y una gestión ambiental. Es por ello que se tomarán medidas para llevar a cabo un plan estratégico y cumplir con el manual de procedimientos para la gestión integral de los Residuos Sólidos Hospitalarios y Similares (PGIRHS), conforme lo señala la resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio del Medio Ambiente.

Impacto al Medio Ambiente

Impactos Positivos

Reducción de la Huella de Carbono Relacionada con los Viajes para los Pacientes.

El cuidado en el hogar minimiza los viajes repetitivos de los pacientes al hospital, lo que reduce la huella de carbono debido a las emisiones de gases de efecto invernadero tanto del transporte público como individual.

Utilización Óptima de los Recursos Hospitalarios. Al prevenir la extensión innecesaria de las estadias hospitalarias, las camas hospitalarias y otros recursos se utilizan económicamente, esto permite que las instalaciones hospitalarias se concentren en pacientes con necesidades más urgentes y aumenta la eficiencia en el uso de energía y recursos en las instalaciones de salud.

Disminución de Residuos Hospitalarios. Se genera menos desperdicio desde el hospital (batas, guantes, equipos, etc.), aunque todavía se produce desperdicio en la casa del paciente, la magnitud es menor que en un hospital.

Impactos Negativos

Residuos Biomédicos en el Hogar. Durante el tratamiento oncológico, se generarán residuos biomédicos (jeringas, vendajes, medicamentos, etc.) que deben ser desechados

correctamente, la recolección y eliminación de dichos residuos en el entorno del hogar está menos regulada, lo que la hace propensa al riesgo para el escenario ambiental si no se maneja adecuadamente.

Uso de Energía para Equipos de Monitoreo. Ciertos tratamientos y monitoreos necesitan un suministro de energía para el funcionamiento de dispositivos médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana (por ejemplo, bombas de infusión, monitores de signos vitales). Sin embargo, aumentar el uso de este equipo también incrementa el consumo de energía en el hogar del paciente, contribuyendo indirectamente a su huella de carbono si la energía se genera a partir de fuentes no renovables.

Desplazamiento del Personal de Atención. Los profesionales de la salud necesitan trasladarse a la casa del paciente. Especialmente en una ciudad como Bogotá, donde el tráfico es un problema, estos viajes frecuentes pueden generar muchas emisiones, especialmente si el personal utiliza transporte privado.

Uso de Materiales Descartables. Para minimizar infecciones y cumplir con los protocolos de bioseguridad, la atención domiciliaria puede demandar una mayor cantidad de insumos descartables (por ejemplo, guantes y batas), que suelen tener un tiempo de vida corto y pueden generar más residuos de un solo uso.

Manejo de Medicamentos y Sustancias Químicas. Los tratamientos oncológicos a menudo incluyen medicamentos que contienen sustancias químicas fuertes. En un entorno hospitalario, su almacenamiento y disposición tienen protocolos más estrictos que en un domicilio, donde podrían ocurrir derrames o eliminación inadecuada en el sistema de aguas residuales.

Pasos para reducir el Impacto Ambiental

Un proveedor de cuidados a domicilio para pacientes oncológicos debería practicar:

Gestión de Residuos

Brindar capacitación a los pacientes y cuidadores sobre la gestión segura y responsable de residuos biomédicos y su eliminación adecuada.

Logística de Transporte Verde

Fomentar el uso de vehículos eléctricos, bicicletas o transporte público por parte del personal de salud.

Optimización de Equipos

Utilizar equipos de monitoreo energéticamente eficientes y considerar otras opciones de tecnología sostenible.

Sistemas de Reciclaje y Eliminación Segura de Medicamentos

Desarrollar e implementar programas para la recolección y eliminación de medicamentos y productos químicos utilizados en el tratamiento.

Reducir la Demanda de Artículos Desechables

Explorar la reutilización siempre que sea seguro y posible, para disminuir el impacto ambiental de los desechables.

Estas prácticas pueden, conjuntamente, llevar a una reducción significativa en el impacto ambiental del cuidado a domicilio para pacientes oncológicos.

Diseño Metodológico

Este proyecto presenta un modelo para la creación de una IPS especializada en atención hospitalaria a domicilio en la ciudad de Bogotá, al paciente oncológico que requiere de tratamientos médicos y/o de enfermería posterior a su dada de alta hospitalaria. El modelo tiene un enfoque descriptivo siendo este el más adecuado ya que permite observar y describir las características, comportamiento o situación de una población (Martínez, 2018). frente a la adquisición de algún paquete de servicios diseñados para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes, asegurando así la estabilidad financiera de la IPS.

Inicialmente, se lleva a cabo una revisión documental del tipo artículos, proyectos, investigaciones, archivos de internet referentes al tema de investigación que aporta información valiosa para realizar el estudio de mercado, la evaluación financiera, el estudio técnico y administrativo para plantear las estrategias de mercado que hagan viable la propuesta.

Posteriormente y teniendo en cuenta el enfoque descriptivo, el proyecto presentará una información concisa luego del análisis de resultados de un sondeo general realizado mediante la técnica de recopilación de datos a través de una encuesta realizada con la herramienta Google formularios en línea para obtener estadísticas y así valorar la necesidad de brindar atención domiciliaria a pacientes con cáncer en la ciudad de Bogotá. El objetivo es conocer varias opiniones frente a la creación la IPS y detectar las preferencias de los usuarios y el tipo de atención que se demanda en un programa de hospitalización domiciliaria. El instrumento utilizado para calcular el tamaño de la muestra fue una calculadora de tamaño de muestras, este cálculo arrojó una muestra de 407 personas frente a una población de 7 millones.

El criterio de selección se basó principalmente en la búsqueda de personas que padezcan o hayan padecido esta enfermedad, en segundo lugar personas que hayan vivido de cerca esta

situación con algún familiar o amigo y también se encuestó a un pequeño porcentaje de personas que no han vivido esta situación pero que le podrían llegar a vivirla, la respuesta a la encuesta fue de gran aporte para formulación de una estrategia de atención hospitalaria en domicilio dado que el 81% de las personas encuestadas consideraría la opción de recibir un tratamiento oncológico en su domicilio desde la comodidad del hogar, bajo el calor y apoyo de la familia, así como un 74% considera muy importante el servicio de tratamiento domiciliario para mejorar la calidad de vida de la persona atendida y un 56% estaría dispuesto a pagar un costo adicional por el servicio. Ver anexo 1.

Como parte de la investigación de mercados se efectuará un análisis descriptivo del sector, el mercado y la competencia. El sector productivo que corresponde al proyecto es el terciario de la economía, por ubicarse en prestación de servicios. De igual manera pertenece al sector salud, del cual cabe mencionar que en Colombia está regido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, conformado por Entidades Promotoras de Salud públicas o privadas a las que los usuarios se afilian y reciben atención por medio de Instituciones Prestadoras de Salud – IPS. El Plan Obligatorio de Salud ofrece dos regímenes: subsidiado o contributivo. El análisis de mercado considera las preferencias de los usuarios de los servicios de salud, las características geográficas, socioeconómicas, demográficas y psicológicas del entorno planteado para establecer una IPS para servicios de atención hospitalaria en domicilio. Por último, en el análisis de la competencia se hará un comparativo entre las empresas que prestan servicios similares a los que propone el proyecto, dentro de la ciudad de Bogotá, como posibles competidores.

Se realizó un estudio de mercado mediante el análisis del sector y del mercado, análisis de la demanda que destaca la segmentación de pacientes por tipos de cáncer, las colaboraciones

con las EPS, el fortalecimiento de servicios integrales y la estrategia de marketing y comunicación, análisis de la competencia

De otro lado, el estudio técnico que representa una guía para proponer diversos aspectos para la puesta en marcha de una IPS para atención domiciliaria del paciente oncológico son: capacidad instalada requerida, identificación de los servicios proyectados, requerimiento de activos y personal, así como costos de producción, administración y proyección de ventas.

El estudio administrativo propone aspectos necesarios para establecer una organización empresarial. Se debe tener en cuenta aspectos como establecer estrategias organizacionales que contribuyan a la viabilidad del proyecto como son el análisis DOFA, la estructura organización, la relación de cargos y el número de empleados. No se puede dejar de lado el aspecto legal, fundamental para el funcionamiento de la empresa como son constitución, clasificación de la actividad económica y entidades reguladoras.

En último término se presenta el estudio financiero que comprende una proyección de ingresos y egresos. Los ingresos atañen a las entradas económicas de la empresa tales como fuentes de financiación, proyección de ventas a 5 años, estado de fuentes y recursos, costos de capital, depreciaciones, amortización de activos fijos, flujo de caja proyectado a 5 años, punto de equilibrio, estado de resultados proyectado a 5 años y estado de situación financiera proyectado a 5 años. Los egresos equivalen a las salidas económicas de la empresa sustentadas por el capital de trabajo. Con esta información se realizará un cotejo entre la inversión y los beneficios económicos para establecer la utilidad operacional, el margen bruto de utilidad y el margen neto de utilidad de la empresa.

El análisis y resultados de cada uno de estos estudios que permitirá valorar la viabilidad para la creación de la Institución Prestadora de Salud para atención domiciliaria del paciente oncológico

que se hace mediante los indicadores de viabilidad financiera como son el Valor Presente Neto (VPN) y la Tasa Interna de Retorno (TIR), relación costo beneficio (B/C) y periodo de recuperación de la inversión (PRI).

Estudio de Mercado

El mercado objetivo establecido según la modalidad de prestación de servicios de salud para la “IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente oncológico” es la modalidad extramural domiciliaria cuyo propósito es prestar el servicio en el domicilio o residencia del paciente.

Como referencia tenemos según datos de la Alianza Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos (WHPCA, por sus siglas en inglés), en Colombia más de 60 millones de niños y adultos necesitan de este servicio. Sin embargo, solo el 12% de estas personas tiene acceso a este tipo de atención, esto significa que aproximadamente 18 millones de personas mueren cada año con dolor y sufrimiento debido a la falta de acceso a este servicio básico (Alianza Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos. 2024), y de acuerdo con los datos reportados a la Cuenta de Alto Costo (CAC), hasta el 1º de enero de 2024, el 24,77% de los casos nuevos (CN) de cáncer recibieron esta atención, lo que representa 14.981 personas.

Teniendo en cuenta lo anterior, para realizar el proceso de estudio de mercado se recopiló, analizó e interpretó información sobre el mercado a través de encuestas y datos sobre las necesidades del sector y se identificó que este servicio sobre todo en lo referente a cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida, se debe fortalecer, situación que respaldada la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de 2014.

Análisis del Sector y Mercado

Análisis del Sector

En este análisis se presentan las características sociales, demográficas y epidemiológicas en relación a la oferta de servicios de salud domiciliaria del paciente oncológico, está mediado por el cumplimiento de criterios sociodemográficos relacionados con las características

estructurales y la ubicación geográfica de la vivienda, el acceso a servicios públicos, la disponibilidad de sistemas de comunicación y la disponibilidad de cuidador familiar que determinan el acceso a servicios de atención domiciliaria según la resolución 3100 del 2019. (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019)

En la Modalidad extramural domiciliaria para la atención del paciente oncológico, el domicilio del paciente debe cumplir con los servicios públicos domiciliarios: acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y sistema de comunicación, unidad sanitaria o baño.

Los programas de hospitalización domiciliaria son una alternativa novedosa en los sistemas de atención en salud, a pesar de las dificultades sociodemográficas, sin embargo, en los últimos años vienen utilizándose con mayor frecuencia estos programas y con muy buenos resultados al brindar servicios de salud más humanizados, personalizados, oportunos y eficientes a los usuarios, con un costo menor al de la hospitalización y sobre todo una mejor calidad de vida para el paciente y para la familia. Este modelo de atención incluye pacientes oncológicos de cuidados paliativos y hospitalizados sin ventilador.

Análisis de Mercado

El Sector salud es un entorno productivo donde se ofertan servicios orientados a maximizar el mayor bienestar posible a la población.

En el análisis de mercado de la IPS especializada en atención domiciliaria a pacientes oncológicos se presentan los siguientes criterios de inclusión de pacientes para la modalidad:

Valoración de las condiciones de accesibilidad al domicilio.

Verificación de la existencia de nevera en el domicilio del paciente, cuando los medicamentos requiera cadena de frío.

Condición clínica del paciente para el ingreso al programa

Paciente afiliado a las EPS adscritas con autorización vigente.

Orden médica emitida por los médicos de la red acorde a criterio y las necesidades de salud del paciente sin tener en cuenta fines sociales.

El paciente debe contar con cuidador primario idóneo permanente.

El domicilio del paciente debe contar con servicios públicos (agua, luz, electricidad y teléfono de contacto).

El domicilio del paciente debe contar con nevera o refrigerador que garantice la cadena de frío de medicamentos (cuando aplique).

El paciente debe contar con un espacio propio dentro del domicilio y debe estar dentro del área de cobertura establecido de acuerdo con acceso y zona de alto impacto social por parámetros de seguridad del personal asistencial y sus equipos.

Pacientes en los que identifique limitación funcional transitoria o permanente con deficiencia motora que limite la movilidad propia y que genere alto riesgo de caída.

Paciente debe tener una condición clínica hemo dinámicamente estable.

En el caso de tener tratamiento de antibioticoterapia debe ser según criterio medico

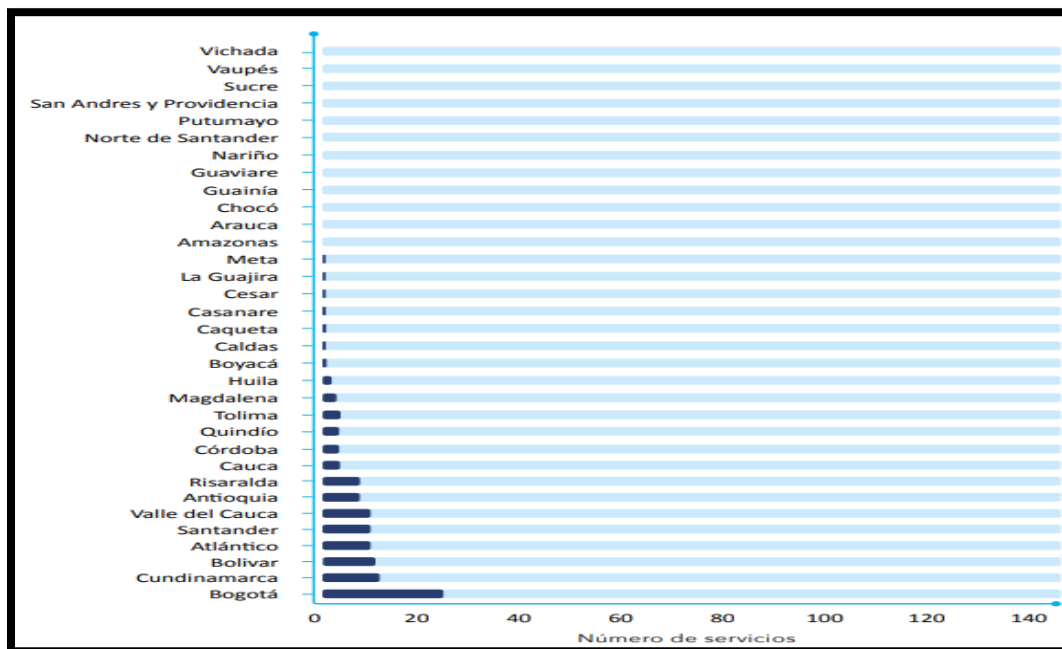
Firma del consentimiento informado.

En el caso de tratamiento de quimioterapia de baja complejidad debe ser criterio de un oncólogo o hematólogo.

En la siguiente gráfica se presentan el número total de cuidados paliativos domiciliarios en cada región del territorio colombiano, encontrando que la Ciudad de Bogotá cuenta con el mayor número de atención en esta modalidad y en el Meta, Guajira sobre un porcentaje no mayor al 1%.

Figura 3

Número de servicios de ciudadanos en modalidad domiciliaria



Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

En este contexto se debe ajustar igualmente el modelo de prestación de servicios de salud. La disposición de los servicios integrales de salud debe rediseñarse para dar respuesta a las necesidades y a las expectativas de salud para lo cual se fortalecerá la capacidad resolutive de los servicios de atención domiciliaria por la IPS Especializada y de servicios ambulatorios de baja complejidad y se impulsará la especialización de servicios de mediana y alta complejidad y la integración de todos los niveles para garantizar la continuidad de la atención.

Estos servicios deben ser prestados en los escenarios extramurales domiciliarios, en rutas integrales de atención en salud que incluyan respuestas integrales y garanticen todos los atributos de la calidad, acercándolos a la cotidianidad y espacios de vida de la población. Estas acciones incluyen los servicios individuales, familiares y colectivos, de los diferentes planes de

beneficios, y prestaran los servicios de acuerdo con la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta los regímenes de afiliación y los planes de beneficio, en las localidades de la ciudad de Bogotá, articulando las carteras de servicios en las diferentes instituciones que conforman las redes de salud.

Análisis de la Demanda

En el análisis de demanda de una Institución Proveedoradora de Salud (IPS) enfocada en ofrecer servicios de atención domiciliaria para pacientes con cáncer en la ciudad de Bogotá involucra varios pasos, entre los que se incluyen: un análisis del mercado, características demográficas y socioeconómicas, perfiles de pacientes, tendencias en el cuidado de la salud, competencia, necesidades no satisfechas y factores que modelan la demanda de este tipo de servicios ofrecidos.

Contexto del Mercado de Atención Domiciliaria en Bogotá

Tendencias en el Sistema de Salud. Los servicios en el hogar y basados en la comunidad en Colombia se han vuelto cada vez más relevantes en los últimos años debido a la saturación de los hospitales y la necesidad de proporcionar una atención más personalizada y menos costosa. Esto es particularmente notable en el cuidado de pacientes crónicos y terminales, como aquellos diagnosticados con cáncer.

Importancia del Cáncer en Bogotá. El diagnóstico de cáncer ha aumentado desde el Año 2000, y Bogotá es la segunda ciudad con la mayor incidencia de esta enfermedad, esto debe tener en cuenta no solo los tipos de cáncer más prevalentes, sino también las características demográficas de los pacientes (edad, sexo, clase social).

Enfermedades Comunes. Los principales tipos de cáncer en Colombia son el de mama, próstata, pulmón, colon y cérvico uterino, todos los cuales requieren tratamientos crónicos que pueden ser más efectivos y menos costosos cuando se manejan en casa.

Características de los Pacientes. En general, los pacientes que reciben tratamiento contra el cáncer en Bogotá necesitan estabilización con seguimiento constante, control integral de síntomas y tratamientos paliativos, los adultos mayores y aquellos con condiciones comórbidas, en particular, pueden tener dificultades para trasladarse a un hospital, lo que ha aumentado la demanda de atención domiciliaria.

Factores Socioeconómicos. La estratificación socioeconómica tiene un impacto sustancial en el acceso a este tipo de servicios, los estratos más altos pueden encontrar más fácil contratar atención domiciliaria de calidad, mientras que los estratos bajos utilizan la cobertura de EPS o del gobierno, lo que implica una dificultad para contratar estos servicios.

Factores que Influyen en la Demanda

Enfermedad Crónica y Estado Terminal. La demanda viene impulsada por la necesidad de aliviar el dolor y mantener una calidad de vida digna para los pacientes de cáncer que se encuentran en etapa avanzada, lo que hace pensar en requerir cuidados paliativos especializados que cubran dichas necesidades tanto a los pacientes como a sus familiares.

Predilección por parte del Paciente y su Familia por la Atención Domiciliaria. Hoy en día, la mayoría de los pacientes desean ser tratados en casa, ya que hay menos molestias al hacerlo y el paciente no necesita ser perturbado si es alguien con una condición sensible y dejar su hogar puede ser difícil para él, por otra parte, la atención domiciliaria posee una ventaja emocional: los pacientes experimentan más comodidad al estar cerca de sus familias y seres queridos.

Eficiencia del Servicio y Costos Asociados. La atención domiciliaria tiene un costo, pero es mucho más barato este servicio para los sistemas de salud que el uso de la infraestructura hospitalaria, acortando significativamente el tiempo de hospitalización y los costos relacionados con esto.

Proyecciones y Estimaciones de la Demanda

Crecimiento del Mercado

Se puede proyectar que la demanda de atención domiciliaria en pacientes con cáncer en Bogotá crecerá, principalmente debido a l aumento de la población envejecida y el número creciente de diagnóstico de cáncer. Además, la preferencia por el cuidado en casa será un factor importante que impulsará esta tendencia. Según la CAC (Cuenta de Alto Costo), los casos nuevos reportados de cáncer van en aumento en el aseguramiento en salud colombiano.

En el marco del aseguramiento en Colombia, al 1º de enero del 2023, se informaron a la CAC 458.589 casos prevalentes con algún tipo de cáncer invasivo.

En este periodo, aumentó el porcentaje de detección temprana del cáncer de mama con respecto al 2022.

La proporción de los casos nuevos de cáncer de cérvix presentó el valor más alto en los últimos años.

La mayoría de los casos nuevos de cáncer invasivo se concentró en la región Central con un 32,7%.

Necesidades Insatisfechas

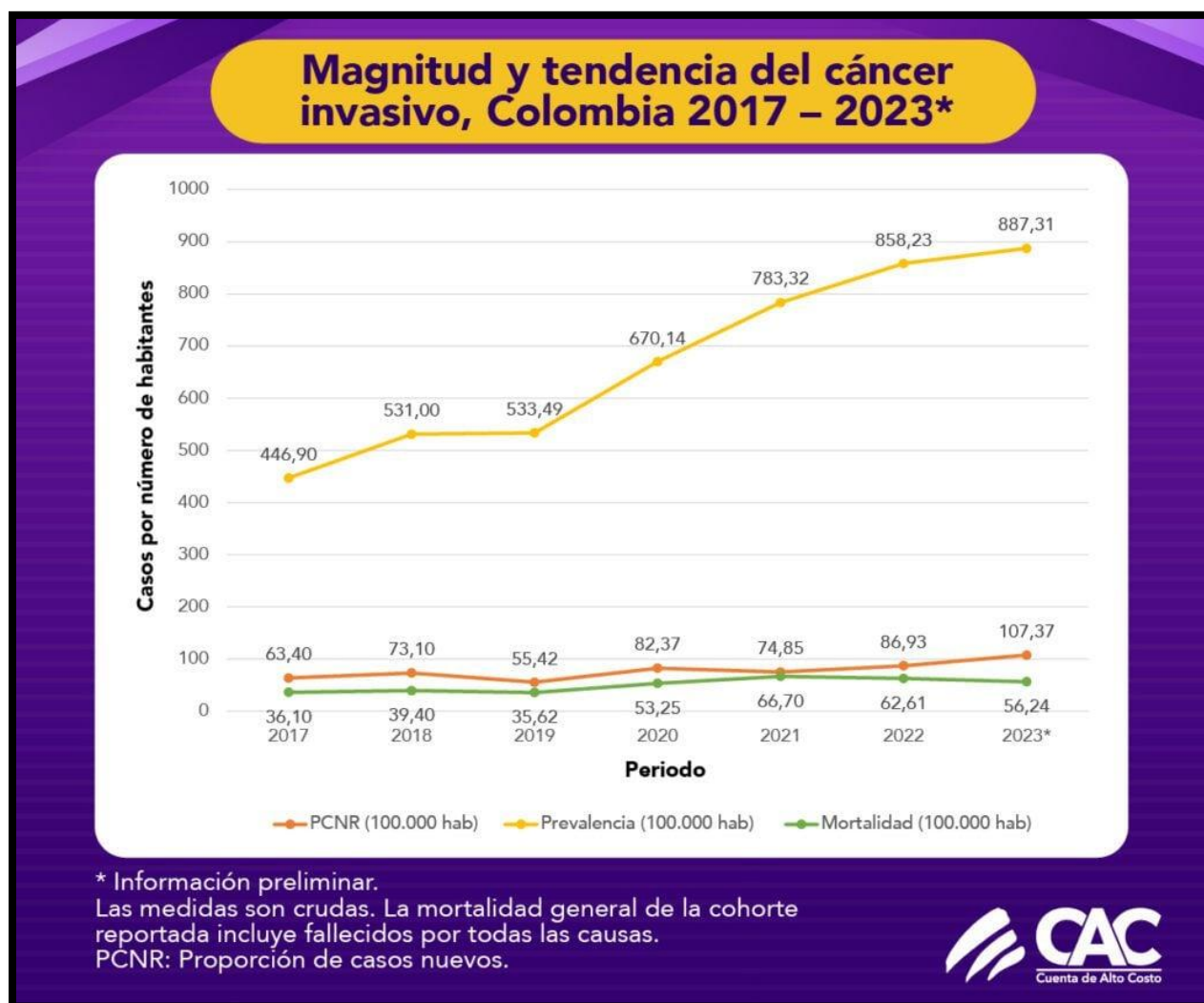
Aunque existen varias opciones de atención domiciliaria, es posible que haya áreas del mercado que no estén siendo suficientemente atendidas, como el acompañamiento psicológico a

los pacientes o la falta de personal especializado en cuidados paliativos. Identificar estas brechas es clave para captar demanda adicional

En el periodo 2023, se notificaron 56.24 casos nuevos reportados (CNR). De estos, la mayoría residen en la región Central con un 32,7% de los casos, en la Caribe con 20,0% y en Bogotá, D.C. con 17,8 %. El 58,4% de los CNR fueron diagnosticados en las mujeres.

Figura 4

Magnitud y tendencia del cáncer invasivo



Fuente. Centro de Alto costo

Análisis Comparativo de Costos Directos e Indirectos

Estructura de Costos en Hospitalización Tradicional

Un estudio multicéntrico en Colombia (2023) realizado por la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables identificó los siguientes costos promedio para pacientes en etapa terminal:

Costo diario de Hospitalización: COP 1,200,000 (USD 300), Incluyendo

Terapia farmacológica: 35%

Honorarios médicos: 25%

Diagnósticos complementarios: 20%

Infraestructura: 20%

Costos Indirectos Familiares. COP 250,000/día (transporte, alimentación, pérdida de productividad) (León MA, Quijano M, Romero M, Salamanca N, Sánchez O, Ortegón A, Consuegra C, Flórez S. 2016)

Modelo Domiciliario: Eficiencia Económica

El Cuidado Paliativo domiciliario reduce costos mediante:

Optimización de recursos humanos: Equipos multidisciplinarios atienden 8-10 pacientes/día vs 2-3 en hospitales (León MA, Quijano M, Romero M, Salamanca N, Sánchez O, Ortegón A, Consuegra C, Flórez S. 2016)

Costos directos: COP 250,000/día (USD 87.5), con un ahorro del 70.8% frente a la hospitalización (León MA, Quijano M, Romero M, Salamanca N, Sánchez O, Ortegón A, Consuegra C, Flórez S. 2016)

Reducción de complicaciones: Infecciones nosocomiales disminuyen un 62%, según seguimientos a 12 meses (Ministerio de Salud y Protección Social. guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud)

Comparativo Costo-Efectividad (Datos promediados) (León MA, Quijano M, Romero M, Salamanca N, Sánchez O, Ortegón A, Consuegra C, Flórez S. 2016)

Tabla 2

Comparativo de costos hospitalarios

Variable	Hospitalización	Domicilio	Diferencia
Costo total/30 días	COP 36 millones	COP 10.5 millones	-70.8%
Días de UCI	7.2	2.1	-70.8%
Calificación satisfacción familiar (1-10)	6.3	8.9	41%

Fuente. Javeriana.umed57-3.cdcp

Análisis de Competencia

En Bogotá, en el sector de atención domiciliaria existen pocas IPS y empresas de servicios de salud domiciliaria que ofrecen atención a pacientes con cáncer, tanto de manera privada como pública.

Tabla 3

Análisis competitivo

Empresa de la competencia	Ventas localización	Competencia	Servicios que prestan	Capacidad instalada	Nivel de especialización
Instituto Nacional Cancerológico Naturaleza: ESE	Alta trayectoria. institución especializada en tratamiento del paciente con cáncer, referente a nivel nacional, acreditado con	Con todo el producto todo el negocio.	Atención especializada en oncología: consulta externa, hospitalización, cirugía, radioterapia, quimioterapia, cuidados	Sí. Programa estructurado de atención domiciliaria oncológica y cuidados paliativos.	Centro nacional altamente especializado en cáncer, acreditado, con enfoque en investigación y docencia.

	normas Icontec ISO 9001		paliativos, medicina nuclear, laboratorio, imágenes diagnósticas.		
Hospital Universitario Samaritana Naturaleza. ESE	Referente a nivel departamental Cundinamarca, con unidad funcional de Zipaquirá, certificado con normas Icontec ISO 9001	Con todo el negocio.	Medicina interna, cirugía, cuidados paliativos, consulta externa especializada, hospitalización, laboratorio, imágenes diagnósticas, unidad de dolor y cuidado paliativo. Radioterapia, quimioterapia, cirugía oncológica, hospitalización, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, medicina nuclear, cuidados paliativos, trasplante de médula ósea.	Sí. Atención domiciliaria principalmente para pacientes paliativos y crónicos, menos estructurado.	Hospital universitario de nivel departamental, especializado en medicina interna y cuidados paliativos.
Fundación CTIC	Articulación con fundación santa fe, goza de alto prestigio dentro de los entes de la salud a nivel nacional e internacional.	Por la distribución. Competidor indirecto		Parcial. Servicios domiciliarios limitados, enfocados en cuidados paliativos y seguimiento.	Alta especialización. Centro moderno de tratamiento e investigación oncológica con tecnología avanzada.

Fuente. Autoría propia

Tabla 4*Análisis de tarifas, capacidad instalada y nivel de especialización*

Entidad	Tarifas de Servicios	Capacidad Instalada	Nivel de Especialización
Clínica del Country	Tarifas reguladas por la Junta	Más de 100 servicios a disposición en el área de oncología	Personal especializado en oncología y cuidados paliativos
Hospital de San José	Alineadas con la normatividad	Capacidad para realizar tratamientos y seguimientos a domicilio	Equipos de atención integral y especializada
Fundación Santa Fe de Bogotá	Tarifas ajustadas según complejidad	Más de 150 servicios oncológicos habilitados	Oncólogos y enfermeras con formación específica
Oncólogos de Colombia	Tarifas competitivas	Cobertura en varias ciudades con más de 200 médicos disponibles	Clasificación como especialistas en oncología
Grupo Vitalstrategies	Ajustadas a los protocolos de salud	Disponibilidad en zonas rurales y urbanas	Servicios de quimioterapia y tratamientos personalizados
Instituto Nacional de Cancerología	Tarifas alineadas con políticas de salud pública	Especializado en oncología con capacidad para atención multidisciplinaria	Personal altamente capacitado, único en su tipo
Hospital Universitario La Samaritana	Tarifas conforme a normativas de salud	Centro de referencia en Cundinamarca, atención en alta y mediana complejidad	Formación integral en oncología
Fundación CTIC	Tarifas accesibles, ajustadas según protocolos	Recursos amplios para investigación y tratamiento	Especializados en tratamiento oncológico con enfoque en investigación

Fuente. Autoría propia

Cabe aclarar que frente a las instituciones anteriormente mencionadas se tendrían en este momento como referente de gestión en salud por la forma ejemplar como son reconocidas cada una de sus labores, para en un futuro lograr la excelencia que las caracteriza, y no como referente de competencia ya que son instituciones de gran trayectoria, la IPS para la atención del paciente oncológico por ahora está en un plan de emprendimiento y de formación, y si la comparamos con una infraestructura gigantesca: uso de tecnología de punta y su valioso aporte en el área investigativa con grandes avances y logros conseguidos, además al contar con grandes líderes profesionales de la salud y otras ciencias, nuestra IPS solo se podría comparar con estas instituciones desde la perspectiva del profesionalismo y compromiso que se adquiere de la forma ética del hacer. Alcanzar la excelencia con la que estas instituciones han logrado en el horizonte de tiempo ser reconocidas a nivel nacional por su destacada labor y al pensar en tomar estas instituciones como referentes de competencia sería el potenciar de forma poco objetiva nuestra IPS, ya que por sus características propias lo que se podría plantear de forma objetiva y real es buscar una estrategia de alianza con estas, para forjar un camino con criterios científicos, que promuevan el crecimiento y sostenibilidad de una IPS pequeña que en el futuro se planea su crecimiento.

Estrategias del Mercado

Las empresas, cualquiera que sea su actividad económica, deben plantear estrategias de mercado a partir del análisis de las necesidades de los clientes, localización, identificación de segmentos potenciales, que le permitan definir los objetivos a alcanzar y los instrumentos que debe utilizar para cumplirlos, tales como producto, precio, distribución y promoción. Del conocimiento y análisis de los diferentes elementos de mercado depende el éxito de la empresa.

En el caso específico del mercadeo de servicios de salud, Beltrán y Rodríguez (2012) afirman que “se ve determinado por estrategias políticas, más que por estrategias internas de cada organización, que generan poco crecimiento y cumplimiento de necesidades en los usuarios de estos servicios”. Siendo así y considerando como factor clave en la toma de decisión a la hora de afiliarse o contratar un servicio de salud, la calidad del servicio ofertado, las empresas del sector salud como parte de sus planes de mercadeo, deben preocuparse por generar estrategias enfocadas en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, planes y tarifas accesibles, estrategias de comunicación y distribución para darse a conocer con posibles usuarios y mejor aún lograr un reconocimiento y posicionamiento de marca entre sus clientes actuales, para que ellos a partir de su satisfacción puedan recomendarlos con toda certeza.

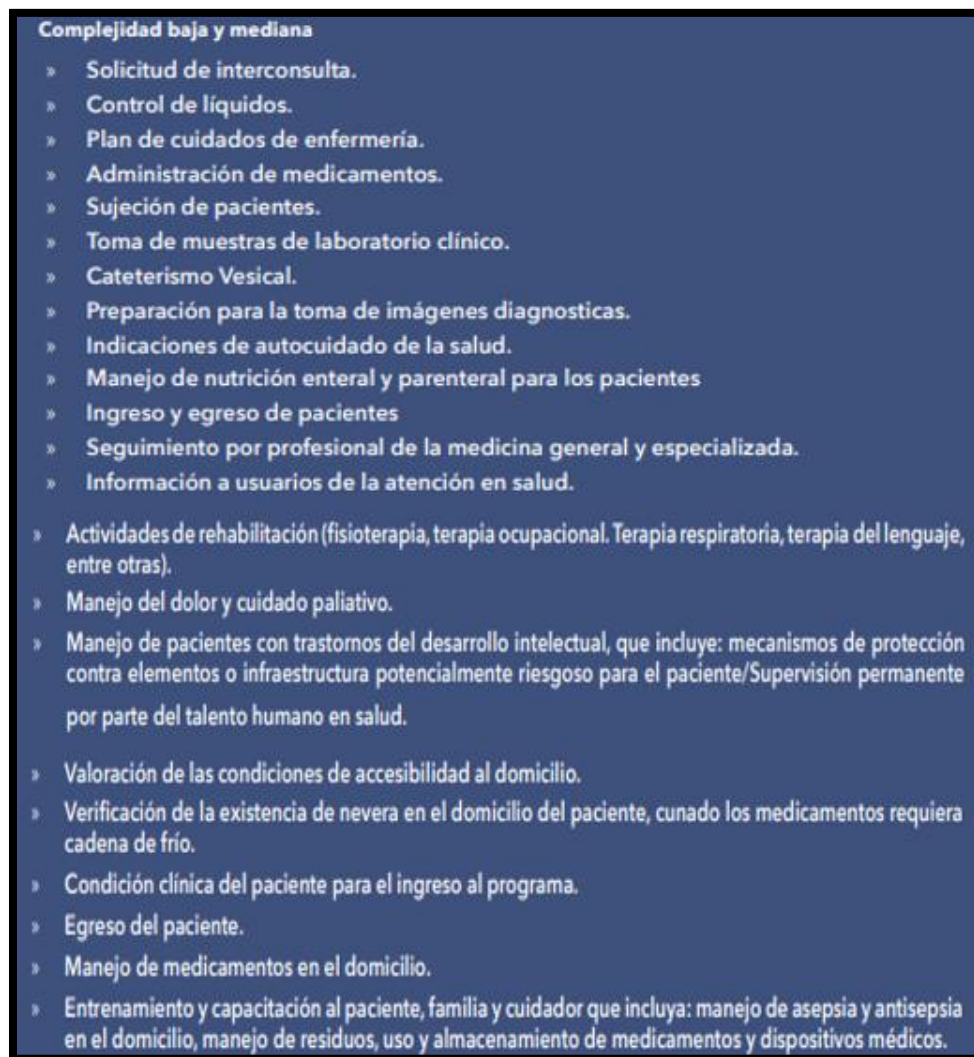
Estrategia de Servicio

Los Programas de Atención Domiciliaria prestan servicios tanto a instituciones hospitalarias, entidades y pacientes particulares, con el objetivo de acompañar al usuario durante el proceso de recuperación en su hogar y junto a su familia, por profesionales entrenados para asistirlos, de manera tal, como si estuviera en una clínica, con todos los equipos e insumos médicos necesarios a su disposición durante el tiempo que requiera su convalecencia. Los programas ofrecen todos los servicios de salud posibles que pueden ser prestados en la vivienda o lugar de residencia del paciente.

La IPS especializada en paciente oncológico ofrece los siguientes servicios domiciliarios:

Figura 5

Servicios domiciliarios IPS



Fuente. Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria

Estrategias de Distribución y Promoción

La principal estrategia de distribución es generar una imagen corporativa, que identifique a la empresa de las demás, es decir, un diferenciador. Para el efecto debe contar con un logotipo y un slogan para ser utilizados como identidad corporativa.

Figura 6

Imagen corporativa de la IPS especializada en la atención del paciente oncológico



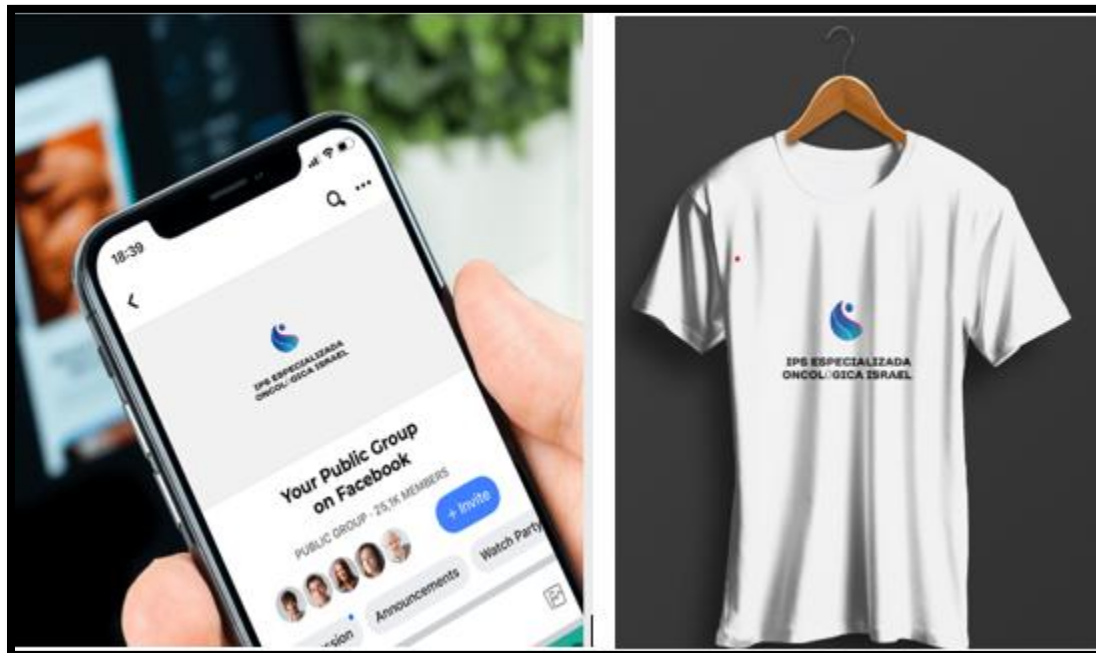
Fuente. Autoría propia

Con el propósito de ofertar los servicios y de llegar más directamente a los usuarios potenciales se considera la posibilidad de visitas a centros hospitalarios para promocionar con los pacientes que son dados de alta y que probablemente puedan requerir de servicios de atención hospitalaria en domicilio. Igualmente debe contactarse a las diferentes Empresas Prestadoras de Servicios de Salud para ofrecer convenios de prestación de servicios a sus afiliados.

Una instancia adicional que debe tenerse en cuenta es la promoción de servicios de la IPS a través de medios publicitarios y de comunicaciones tales como cuñas radiales, avisos publicitarios y uso de propaganda tipo volantes en el área de influencia (gráfica 9), en este caso, Ciudad Bogotá.

Figura 7

Promoción de servicios



Fuente. Autoría propia

Otra estrategia es el marketing en el sector salud, es el conjunto de herramientas digitales que ayudan a la promoción de los servicios a ganar visibilidad en la industria de la salud, con el fin de atraer a una audiencia que se informe, eduque y se convierta en paciente.

Estrategias de Precio

Cobro por Paquete

La disposición de los consumidores a pagar puede ser bastante volátil en ocasiones. Con los precios de paquete, el vendedor reduce la variabilidad en esta disposición a pagar y aumenta su beneficio al vender paquetes de productos en lugar de vender todos los productos por separado. Además, el vendedor crea paquetes para satisfacer una necesidad específica de sus

clientes: el paquete se adapta a una unidad de necesidad y, por lo tanto, se vuelve más pertinente para el consumidor comprarlo.

Por lo tanto, la IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente oncológico, ofrece sus servicios a través de paquetes que tiene como objetivo satisfacer una necesidad específica y completa del cliente, este tipo de cobros se dirige a personas naturales que no tienen un plan prepago y desean adquirir servicios eventuales de atención, es decir por una única vez.

Esta modalidad también se emplea frecuentemente cuando se realizan contratos de outsourcing con EPS o IPS donde, aunque existe un contrato de prestación de servicios firmado con antelación, la forma de cobro se hace por paquete o evento, pues los servicios son demandados por el cliente de forma variable dependiendo de la clase y tipo de pacientes que atiendan en cada periodo de tiempo. La fijación de precios por paquete (tablas 13, 14, 15, 16 y 17) se dirige a usuarios que contratan de manera particular los diferentes servicios, se toma como parámetro una tarifa por visita y de acuerdo con el tipo de servicio o procedimiento que requiera el usuario.

Tabla 5

Precios por evento distinto a los paquetes ofrecidos

Ventas Por Evento	
Concepto	Valor (\$)
Aplicación domiciliaria de medicamento por enfermería más de 3 dosis	20.000
Canalización de Acceso vascular (Superior a 1 al mes)	35.000
Curación de lesión en piel y tejido subcutáneo, baja complejidad	35.000
Cambio de Sonda Nasogástrica	35.000
Cambio de Sonda Nasogástrica + NUTRIFLO	40.000
Cambio de Sonda Vesical	40.000

Cambio de Sonda Vesical + CYSTOFLO	45.000
Administración de líquidos	20.000
Administración de líquidos + canalización de vena	35.000
Curación de lesión en piel y tejido subcutáneo, alta complejidad, en domicilio	70.000
Manejo y cuidado de Ostomías	60.000
Manejo y cuidado de Ostomías + cambio de bolsa	120.000
Toma de Glucometría	10.000
Toma de Pulsioximetría	10.000
Micronebulización	15.000
Suministro de kit	15.000
Terapia respiratoria + Micronebulización kit	60.000
Atención (visita) domiciliaria por psicología	150.000
POOL de terapias (física, respiratoria, ocupacional y fonoaudiología) hasta 20	250.000
Suministro de dispositivos médicos (según pertinencia)	20.000
Visita domiciliaria, por Terapeuta Física o Respiratoria (según pertinencia)	60.000
Visita domiciliaria, por psicólogo (según pertinencia)-PSICOTERAPIA DE FAMILIA	150.000
Visita domiciliaria, por trabajador social (según pertinencia)	40.000

Fuente. Autoría propia

Estudio Técnico

El estudio técnico permite determinar los requerimientos esenciales para la infraestructura de la IPS. Esto incluye las características de la planta física, el presupuesto necesario para la adquisición de equipos e insumos, así como el análisis del recurso humano y técnico requerido para la prestación del servicio proyectado para el desarrollo de la creación de una IPS especializada en la atención del paciente oncológico, con fin de garantizar a la calidad de atención que se le debe ofrecer a los pacientes con cáncer en el domicilio, llegar así al mercado de la capital y lograr que la IPS crezca sustancialmente.

Necesidades y Requerimientos

Capacidad Instalada Requerida

La principal característica que tiene la sede de la IPS especializada en la atención del paciente oncológico es la comodidad y la localización, considerando que los servicios que presta están relacionados con la salud.

La actividad para desarrollar está basada en los criterios de la modalidad extramural – domiciliaria por lo tanto la IPS cuenta con:

Un consultorio con áreas para el almacenamiento de medicamentos o dispositivos médicos e insumos, cuando se requiera.

Ambiente o área para el almacenamiento de equipos biomédicos

Ambiente o área para el archivo de historias clínicas y registros.

Localización: barrio chapinero de la ciudad de Bogotá.

De acuerdo con lo anterior, la distribución del consultorio debe cumplir con los requisitos anteriores.

En la siguiente gráfica se registran las dependencias requeridas para la planta física de la IPS especializada en la atención del paciente oncológico:

Figura 8

Prototipo consultorio IPS



Fuente. proyecto consultorio habita medical center

Tabla 6

Dependencias requeridas

Área	Especificaciones de la norma	infraestructura
Consultorio médico	10 m2, dimensión mínima por lado 2.5m.	Área de entrevista con archivo para las historias clínicas, lavamanos, pisos de fácil limpieza, lisos no porosos, paredes de fácil limpieza, iluminación adecuada.

	<p>Área de almacenamiento de equipos biomédicos.</p> <p>Baño en el corredor de ingreso al consultorio.</p>
	<p>Tramo máximo de altura vencida 1.75 m descanso de mínimo 1.20m.</p> <p>Altura libre mínima en todo el recorrido 2.20m</p>
Escaleras de acceso al 2do piso	<p>Barandas preferiblemente a ambos lados de la escalera a una altura de 0.90m</p> <p>Ancho de la escalera mínimo 1.20m.</p> <p>Profundidad de huella entre 0.30 y 0.35 m</p>

Fuente. Autoría propia

Área de acceso: área de ingreso del personal administrativo, médicos, enfermeras que desean contratar servicios o realizar algún trámite relacionado con servicios prestado a título personal o para un familiar.

Oficina de Dirección: área destinada para la persona que dirige la institución y coordina operativamente la prestación de servicios

Baños: Se deben contar por lo menos dos baños para uso de las personas que asisten a la IPS, uno para mujeres y otro para hombres.

Sala de archivo: En este lugar se almacenan de forma adecuada las historias clínicas, la documentación contable y administrativa.

Cuarto de aseo: Lugar destinado para guardar elementos e implementos de aseo: traperos, baldes, detergentes, escobas, etc.

Depósito para residuos: Lugar para almacenamiento temporal de residuos que deben ser eliminados en bolsas de colores de acuerdo con su disposición final. Debe ubicarse en un sitio que facilite la evacuación de los residuos.

Requerimientos de Personal

El personal requerido acorde al servicio a ofrecer: la importancia de la atención domiciliaria radica en garantizar al paciente una atención continuada, óptima y de calidad y dar apoyo a las familias y/o cuidadores principales por medio de un trabajo interdisciplinar con equipos conformados por médicos, enfermeros y terapeutas.

Tabla 7

Personal necesario

Talento Humano	
Perfil	Cantidad
Medico Paliativista (por consulta)	1
psicólogo (por consulta)	1
Enfermera especialista (por consulta)	1
Enfermera general (Nómina)	2
Auxiliar de Enfermería (Nómina)	2
Terapeuta respiratoria (por consulta)	1
Terapeuta Ocupacional (por consulta)	1
Trabajadora Social	1
Conductor (Nómina)	2
Contador	1

Fuente. Autoría propia

Equipos, Insumos e Instalaciones

De acuerdo con los servicios ofrecidos por la IPS de debe invertir en equipos e insumos médicos que aseguren la prestación de un servicio de excelente calidad y de competitividad. A continuación se describen los equipos e insumos médicos básicos, así como el requerimiento de instalaciones necesarios para el funcionamiento de la IPS de atención domiciliaria oncológica.

Tabla 8*Equipo médico*

Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Valor Total
Equipo de venoclisis	10	24.000	240.000
Solución salina 0.9% por 100ml	100	3.000	300.000
Solución salina 0.9% por 250ml	100	4.000	400.000
Solución salina 0.9% por 500ml	100	5.000	500.000
DAD5% por 500ml	100	5.000	500.000
Total			1.940.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 9*Inventario (insumos)*

Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Valor Total
Jeringa desechable por 1 cc	100	27.000	2.700.000
Jeringa desechable por 3 cc	100	22.000	2.200.000
Jeringa desechable por 5 cc	100	22.000	2.200.000
Jeringa desechable por 10 cc	100	25.000	2.500.000
Jeringa desechable por 20 cc	100	30.000	3.000.000
Catéter venoso-Yelco Número 24	50	130.000	6.500.000
Catéter venoso-Yelco Número 22	50	130.000	6.500.000
Catéter venoso-Yelco Número 20	50	130.000	6.500.000
Catéter venoso-Yelco Número 18	50	130.000	6.500.000
Guantes desechables de toda numeración	200	15.000	3.000.000
Bolsa + Caraya para colostomía	10	150.000	1.500.000
Bata desechable	50	22.000	1.100.000
Gorros desechables	50	25.000	1.250.000

Tapabocas desechables	50	15.000	750.000
Tapabocas N95	10	4.500	45.000
Total			46.245.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 10

Equipos biomédicos IPS

Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Valor Total
Concentrador de Oxígeno	2	6.000.000	12.000.000
Bala Portátil de Oxígeno	3	800.000	2.400.000
Succionador Portátil	2	800.000	1.600.000
Nebulizador	3	150.000	450.000
Equipo de órganos	2	500.000	1.000.000
Martillo de Reflejos	3	26.000	78.000
Glucómetro	3	120.000	360.000
Colchón Antiescara	3	70.000	210.000
Total			18.098.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 11

Muebles y enseres

Descripción	Cantida d	Precio Unitario	Valor Total
Camas Hospitalarias	2	4.000.000	8.000.000
Sillas de ruedas	2	600.000	1.200.000

Muletas	1	80.000	80.000
Caminador	1	250.000	250.000
Silla pato	3	250.000	750.000
Pisingo desechable	2	25.000	50.000
Pato Croprológico desechable	2	30.000	60.000
Botiquín tipo Maletín para dotación	2	600.000	1.200.000
Estante para insumos médicos	1	950.000	950.000
Nevera Portátil con termómetro	2	120.000	240.000
Limpiador de equipos biomédicos	3	40.000	120.000
Total			12.900.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 12

Instalaciones y remodelaciones

Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Valor Total
Estante para insumos médicos	1	950.000	950.000
Receptal de plástico Grande	3	40.000	120.000
Receptal de plástico Pequeño	2	15.000	30.000
Nevera Portátil con termómetro	2	120.000	240.000
Limpiador de equipos biomédicos	3	40.000	120.000
Total			1.460.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 13*Equipo de computación*

Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Valor Total
Computador Portátil	3	1.700.000	5.100.000
Total			5.100.000

Fuente. Autoría propia

*Paquetes Ofrecidos***Tabla 14***Paquete inicial*

Paquete Inicial de Activación del Plan Domiciliario	Valor
Atención [visita] domiciliaria, por medico paliativista	300.000
Atención [visita] domiciliaria, por enfermera especialista	180.000
Atención [visita] domiciliaria, por Terapeuta	100.000
Atención [visita] domiciliaria, por psicólogo	200.000
Atención [visita] domiciliaria, por trabajadora social	60.000
Valor del paquete	840.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 15*Paquete básico de atención*

Paquete básico De Atención	Valor
Visita de enfermería domiciliaria	50.000
canalización de Acceso vascular	15.000
Aplicación domiciliaria de medicamento por enfermería 1 o 2 Dosis	40.000
Toma de Glucometría	7.000
Toma de Pulsioximetría	3.000
Valor del paquete	115.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 16*Paquete intermedio*

Paquete Intermedio	Valor
canalización de Acceso vascular	15.000
Aplicación domiciliaria de medicamento por enfermería más de 4 dosis	55.000
curación de lesión en piel y tejido subcutáneo, baja complejidad,	30.000
Cambio de Sonda nasogástrica	15.000
Cambio de Sonda Vesical	20.000
Venta de Insumos	45.000
Valor del paquete	180.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 17*Paquete de atención media-alta*

Paquete de Atención Media-Alta	Valor
canalización de Acceso vascular	15.000
Administración de líquidos	35.000
curación de lesión en piel y tejido subcutáneo, alta complejidad, en domicilio	50.000
Manejo y cuidado de Ostomías	10.000
Terapia respiratoria- Micronebulización	15.000
Atención[visita]domiciliaria por psicología	150.000
Atención[visita]domiciliaria por trabajo social	150.000
POOL de terapias (físicas, respiratoria, ocupacional y fonoaudiología) hasta 20 al mes (según pertinencia)	60.000
Valor del paquete	485.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 18*Paquete de atención alta-semanal*

Paquete de Atención -Alta -Semanal	Valor
Suministro de cama hospitalarias (según pertinencia)	70.000
POOL de terapias (físicas, respiratoria, ocupacional y fonoaudiología) hasta 20 al mes (según pertinencia)	60.000
Suministro de succionador (según pertinencia)	50.000
visita domiciliaria, por Terapeuta Física o Respiratoria (según pertinencia)	60.000
Visita domiciliaria, por psicólogo (según pertinencia)-PSICOTERAPIA DE FAMILIA	100.000
Visita domiciliaria, por trabajadora social (según pertinencia)	40.000
Valor del paquete	380.000

Fuente. Autoría propia

Estudio Administrativo

Plataforma Estratégica

Misión

La IPS “Especializada Oncológica”, prestara servicios de atención domiciliaria pacientes oncológicos como apoyo a las aseguradoras, empresas prestadoras de servicios de salud y servicios complementarios para la atención de personas con cáncer en la Ciudad de Bogotá con criterios de humanismo, calidez y eficiencia contribuyendo con el bienestar del paciente y su familia.

Visión

En el Año 2025, La IPS “Especializada Oncológica” se conformará, en una Institución Prestadora de Salud líder de la ciudad de Bogotá, con calidad técnica, y humana, enfocados en la seguridad del paciente, alcanzando una gestión social importante y vocación empresarial, contribuyendo con ello a la plena satisfacción de los usuarios.

Estrategia Organizacional

Análisis DOFA

Debilidades. La IPS demanda una inversión económica inicial sea alta. Para su funcionamiento necesita adquirir de varios equipos, muebles, enseres que económicamente suman un valor económico considerable.

Hará contratación con las EPS, y en gran parte el sostenimiento económico dependerá de éstas, para la inversión, cuenta con una cantidad limitada de recursos económicos.

Los empleados nuevos pueden tener debilidades en el nivel de capacitaciones impartidos anteriormente.

Oportunidades. En virtud de la Ley 100 en Colombia es viable crear una IPS
En la ciudad e Bogotá hay poca competencia de organizaciones con experiencia de hospicios de
cuidado paliativo.

Los habitantes de la ciudad de Bogotá y municipios aledaños presentan gran interés por
tener otro tipo de atención en salud.

Fortalezas. La atención será distinta a los otros lugares de atención en salud, ya que será
una a atención personalizada oportuna velando por los requerimientos y necesidades de cada
paciente.

Tendrá un sistema constante para los usuarios que minimizará los posibles riesgos
durante la atención.

Establecimiento físico de fácil acceso.

Responsabilidad en el servicio hacia las personas por parte del personal.

Capacitación continúa al personal.

Costos asequibles para la prestación del servicio.

Amenazas. El proceso de habilitación en la secretaria de salud distrital y ministerio de
salud.

Posible aparición de nuevas organizaciones configurándose como competencia.

Siendo una IPS de naturaleza privada el grado de contratación por parte de las
EPS es menor que el de las ESE.

Tabla 19*Análisis DOFA*

Análisis DOFA	Descripción
Debilidades (D)	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros limitados para expansión y adquisición de nuevas tecnologías. - Dependencia de las alianzas para alcanzar un volumen significativo de pacientes. - Limitada presencia de marca y reconocimiento en el sector de atención oncológica.
Oportunidades (O)	<ul style="list-style-type: none"> - Creciente demanda de servicios domiciliarios en el sector oncológico. - Apoyo regulatorio en Colombia para la atención domiciliaria de pacientes crónicos. - Disponibilidad de tecnología avanzada (telemedicina, monitoreo remoto). - Potencial para establecer alianzas con aseguradoras y prestadores de servicios de salud.
Fortalezas (F)	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia en atención domiciliaria especializada en oncología. - Personal capacitado y con conocimiento en cuidados paliativos. - Infraestructura y equipamiento tecnológico adecuado para el monitoreo de pacientes. - Red de alianzas con instituciones médicas y proveedores.
Amenazas (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Alta competencia en el mercado de servicios domiciliarios de salud. - Riesgos financieros asociados a los pagos y contratos con aseguradoras. - Inestabilidad regulatoria que podría afectar la prestación de servicios. - Cambios en la demanda debido a condiciones económicas y políticas de salud pública.

Fuente. Autoría propia

Tabla 20*Estrategias Análisis DOFA*

Tipo de Estrategia	Estrategias
<p>FO</p> <p>(Fortalezas + Oportunidades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovechar la experiencia y el personal especializado en oncología para captar la creciente demanda de atención domiciliaria, ofreciendo servicios diferenciados y de calidad. - Crear alianzas estratégicas con aseguradoras y prestadores de salud, apoyándose en la infraestructura y equipamiento tecnológico de la entidad. - Integrar tecnologías de telemedicina para mejorar el monitoreo y seguimiento de pacientes, facilitando la colaboración con instituciones médicas.
<p>DO</p> <p>(Debilidades + Oportunidades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar el uso de recursos a través de asociaciones con proveedores tecnológicos para adquirir herramientas avanzadas de monitoreo remoto. - Aumentar la presencia de marca mediante campañas que resalten el valor agregado de la atención domiciliaria especializada en oncología. - Diversificar las fuentes de financiamiento, buscando subsidios o programas de apoyo para servicios de atención domiciliaria. - Utilizar la red de alianzas para fortalecer las relaciones comerciales y
<p>FA</p> <p>(Fortalezas + Amenazas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> reducir el impacto de la competencia, destacando la experiencia en oncología. - Aplicar tecnología avanzada para mejorar la eficiencia operativa, mitigando riesgos financieros mediante control de costos y optimización de recursos. - Desarrollar un sistema de gestión de riesgos para adaptar los servicios a cambios regulatorios.

DA

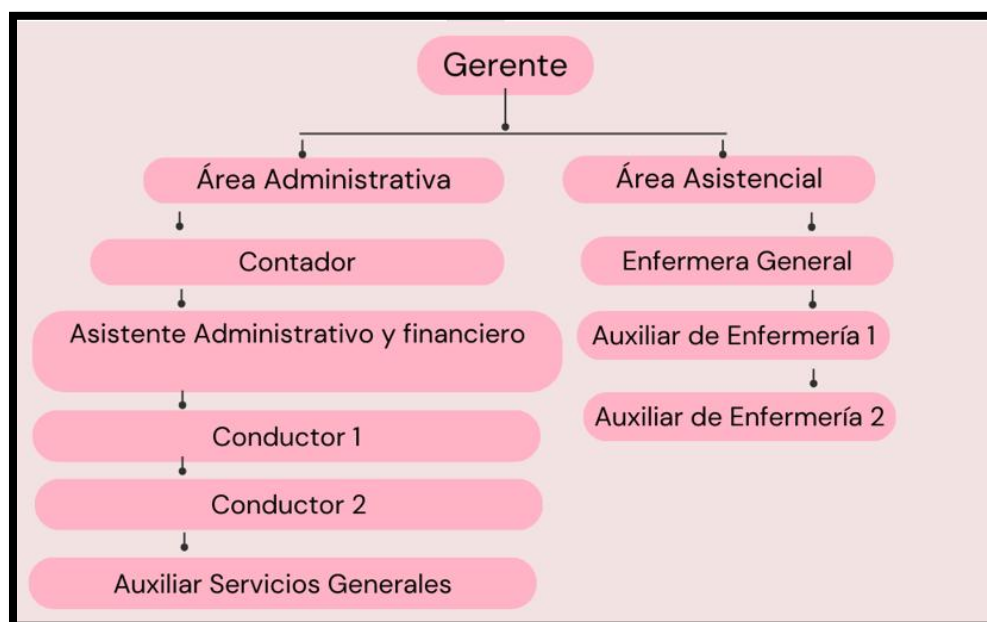
- Diversificar las áreas de servicio para reducir la dependencia de alianzas, incorporando otras modalidades de atención para asegurar ingresos estables.
- Fortalecer la gestión financiera a través de controles estrictos y planes de contingencia ante posibles impagos.
- Establecer un protocolo de adaptación ante inestabilidades regulatorias, asegurando la continuidad del servicio.

(Debilidades + Amenazas)

Fuente. Autoría propia

Estructura Organizacional**Figura 9**

Organigrama



Fuente. Autoría propia

Gastos Administrativos**Tabla 21***Gastos de puesta en marcha*

Atención Domiciliaria			
Inventarios			
Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Valor Total
Jeringa desechable por 1 cc	100	27.000	2.700.000
Jeringa desechable por 3 cc	100	22.000	2.200.000
Jeringa desechable por 5 cc	100	22.000	2.200.000
Jeringa desechable por 10 cc	100	25.000	2.500.000
Jeringa desechable por 20 cc	100	30.000	3.000.000
Catéter venoso-Yelco Número 24	50	130.000	6.500.000
Catéter venoso-Yelco Número 22	50	130.000	6.500.000
Catéter venoso-Yelco Número 20	50	130.000	6.500.000
Catéter venoso-Yelco Número 18	50	130.000	6.500.000
Guantes desechables de toda numeración	200	15.000	3.000.000
Bolsa + Caraya para colostomía	10	150.000	1.500.000
Bata desechable	50	22.000	1.100.000
Gorros desechables	50	25.000	1.250.000
Tapabocas desechables	50	15.000	750.000
Tapabocas N95	10	4.500	45.000
Total			46.245.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 22*Gastos equipos biomédicos*

Equipos Biomédicos			
Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Valor Total
Concentrador de Oxígeno	2	6.000.000	12.000.000
Bala Portátil de Oxígeno	3	800.000	2.400.000
Succionador Portátil	2	800.000	1.600.000
Nebulizador	3	150.000	450.000
Equipo de órganos	2	500.000	1.000.000
Martillo de Reflejos	3	26.000	78.000
Glucómetro	3	120.000	360.000
Colchón Anti escara	3	70.000	210.000
Total			18.098.000

Fuente. Autoría propia

Tabla 23*Gastos de personal mensual*

Perfil	Cantidad	Número de consultas mensuales	Valor Unitario	Total	Tipo de contrato
Medico Paliativista (por consulta)	1	28	250.000	7.000.000	Por servicios
Psicólogo (por consulta)	1	28	150.000	4.200.000	Por servicios
Enfermera especialista (por consulta)	1	29	150.000	4.350.000	Por servicios
Terapeuta respiratoria (por consulta)	1	29	40.000	1.160.000	Por servicios
Terapeuta Ocupacional (por consulta)	1	29	40.000	1.160.000	Por servicios
Trabajadora Social	1	28	40.000	1.120.000	Por servicios
Enfermera general (Nómina)	2		4.353.712	8.707.424	contrato indefinido

Auxiliar de Enfermería (Nómina)	2	3.073.286	6.146.571	contrato indefinido
Conductor (Nómina)	1	2.162.513	2.162.513	contrato indefinido
Asistente Administrativo	1	2.162.513	2.162.513	contrato indefinido
Aux. de Servicios Generales	1	2.162.513	2.162.513	contrato indefinido
Contador	1	4.940.457	4.940.457	contrato indefinido

Fuente. Autoría propia

Estudio Financiero

El objetivo de este estudio es el de verificar la viabilidad financiera para un horizonte proyectado de un total de 5 periodos (años), para el periodo comprendido entre el Año 2024 y el Año 2029. Incluye un análisis de sensibilidad de los indicadores relevantes para la viabilidad de la IPS especializada en la atención domiciliaria del paciente oncológico, en la cual se ajusta la demanda en una reducción del 10% para el escenario pesimista y se incrementa en un 10% para un escenario optimista de inclusión que tendría la IPS en el mercado.

El proyecto estará enfocado en la creación de una la IPS, que se pueda habilitar por la Secretaría de Salud, con el fin de poder ampliar la oferta de la atención del paciente oncológico en la ciudad de Bogotá.

La sede de la IPS será establecida en la ciudad de Bogotá, en la localidad de Chapinero.

El proyecto será enfocado para las empresas que requieran remitir a la IPS a los pacientes con diagnóstico oncológico y/o crónico.

En la siguiente tabla se detalla el valor de las inversiones para iniciar el negocio.

Tabla 24

Inversiones

Inversiones		
Inversiones	Valor	Porcentaje
Activos fijos	85.743.000	48,45%
muebles y enseres	12.900.000	7,29%
Equipos de computo	5.100.000	2,88%
Equipos médicos	1.940.000	1,10%
Maquinaria y equipo	18.098.000	10,23%
Inventarios	46.245.000	26,13%
Instalaciones y remodelaciones	1.460.000	0,83%
Activos diferidos	19.783.250	11,18%

Gastos de organización	1.978.325	1,12%
Patentes y permisos	11.869.950	6,71%
Gastos de puesta en marcha	5.934.975	3,35%
Capital	71.435.100	40,37%
Efectivo	71.435.100	40,37%
Total de inversiones	176.961.350	100,00%

Fuente. Autoría propia

Tabla 25

Depreciaciones

Activo	valor	Valor residual	Vida Útil	Depreciación
muebles y enseres	12.900.000	1.290.000	5	2.322.000
Equipos de computo	5.100.000	510.000	3	1.530.000
Equipos de oficina	1.940.000	194.000	5	349.200
Maquinaria y equipo	18.098.000	1.809.800	10	1.628.820
Equipos médicos	1.460.000	146.000	10	131.400
Total	39.498.000	3.949.800		5.961.420

Fuente. Autoría propia

Tabla 26

Amortización de activos fijos

Concepto	Valor del activo	%	valor mensual	Valor anual
muebles y enseres	12.900.000	0,50%	64.500	774.000
Equipos de computo	5.100.000	0,50%	25.500	306.000
Equipos de oficina	1.940.000	1,00%	19.400	232.800
Maquinaria y equipo	18.098.000	1,00%	180.980	2.171.760
Equipos médicos	1.460.000	1,50%	21.900	262.800
Total	39.498.000			3.747.360

Fuente. Autoría propia

Tabla 27*Servicios básicos*

Concepto	medida	cantidad	valor unitario	valor mensual	Valor anual
Luz	Kw/hr	2000	155,76	311.520	3.738.240
Internet y teléfono	megas y min	1000	155,76	155.760	1.869.120
Agua	m ³	1500	80	120.000	1.440.000
Total				587.280	7.047.360

*Fuente. Autoría propia***Tabla 28***Estado de fuentes y uso de recursos*

Estado de fuentes y uso de recursos			
Rubros de inversión	Fuentes de financiamiento		Uso de fondos
	50% Recursos terceros	50% Recursos Propios	
Activos fijos	42.871.500	42.871.500	85.743.000
Activos diferidos	9.891.625	9.891.625	19.783.250
Capital de trabajo	35.717.550	35.717.550	71.435.100
Total Inversión	88.480.675	88.480.675	176.961.350

Fuente. Autoría propia

En este informe contable se muestra los recursos obtenidos para hacer las inversiones en la empresa

Estructura del Capital

Se tuvieron como fuente de financiación un crédito bancario y aportes los inversionistas.

La totalidad de los recursos requerida por la inversión del proyecto se clasifica contablemente como el Activo total inicial.

Las cuotas de los préstamos son fijas a 36 meses (3 años)

Tabla 29

Datos del crédito

Datos del crédito	
Valor Crédito	88.480.675
Tasa de interés mensual	1,21%
Plazo para pagar en meses	36
Cuota mensual para pagar	3.047.289,83

Fuente. Autoría propia

Tabla 30

Tabla de amortización de crédito a 3 años (36 meses)

Cuota	Pago de intereses	Abono a capital	Saldo crédito
1	1.070.616	1.976.674	86.504.001
2	1.046.698	2.000.591	84.503.410
3	1.022.491	2.024.799	82.478.611
4	997.991	2.049.299	80.429.313
5	973.195	2.074.095	78.355.218
6	948.098	2.099.192	76.256.026
7	922.698	2.124.592	74.131.434
8	896.990	2.150.299	71.981.134
9	870.972	2.176.318	69.804.816
10	844.638	2.202.652	67.602.165
11	817.986	2.229.304	65.372.861

12	791.012	2.256.278	63.116.583
13	763.711	2.283.579	60.833.004
14	736.079	2.311.210	58.521.793
15	708.114	2.339.176	56.182.617
16	679.810	2.367.480	53.815.137
17	651.163	2.396.127	51.419.010
18	622.170	2.425.120	48.993.891
19	592.826	2.454.464	46.539.427
20	563.127	2.484.163	44.055.264
21	533.069	2.514.221	41.541.043
22	502.647	2.544.643	38.996.400
23	471.856	2.575.433	36.420.966
24	440.694	2.606.596	33.814.370
25	409.154	2.638.136	31.176.234
26	377.232	2.670.057	28.506.177
27	344.925	2.702.365	25.803.812
28	312.226	2.735.064	23.068.748
29	279.132	2.768.158	20.300.590
30	245.637	2.801.653	17.498.937
31	211.737	2.835.553	14.663.385
32	177.427	2.869.863	11.793.522
33	142.702	2.904.588	8.888.933
34	107.556	2.939.734	5.949.200
35	71.985	2.975.305	2.973.895
36	35.984	3.011.306	-37.411

Fuente. Autoría propia

Costos y Gastos del Proyecto

A continuación se muestra el resumen de los costos de personal mensual

Tabla 31*Costos y gastos del proyecto*

Gastos de personal mensual y anual		
	Costo Mensual	Costo Anual
Personal especializado	\$ 33.843.995	\$ 406.127.936
Administración	\$ 11.427.997	\$ 137.135.968
Total	\$ 45.271.992	\$ 543.263.904

Fuente. Autoría propia

Tabla 32*Ponderado de costos y gastos*

Costos y gastos	Periodos				
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
tasa de inflación promedio	4,00%	4,50%	5,00%	5,50%	6,00%
Nómina personal especializado	406.127.936	424.403.693	445.623.878	470.133.191	498.341.183
Inventarios	46.245.000	48.326.025	50.742.326	53.533.154	56.745.143
Subtotal	452.372.936	472.729.718	496.366.204	523.666.345	555.086.326
Gastos de administración					
Nómina	137.135.968	143.307.087	150.472.441	158.748.425	168.273.331
depreciaciones	5.961.420	6.229.684	6.541.168	6.900.932	7.314.988
mantenimiento	3.747.360	3.915.991	4.111.791	4.337.939	4.598.216
energía eléctrica	3.738.240	3.906.461	4.101.784	4.327.382	4.587.025
Agua	1.440.000	1.504.800	1.580.040	1.666.942	1.766.959
Internet y teléfono	1.869.120	1.953.230	2.050.892	2.163.691	2.293.512
suministros de médicos	395.665	413.470	434.143	458.021	485.503
arriendo	1.000.000	1.045.000	1.097.250	1.157.599	1.227.055
Subtotal	155.287.773	162.275.723	170.389.509	179.760.932	190.546.588
Gastos financieros					
gasto intereses	36.567.478	36.567.478	36.567.478	36.567.478	36.567.478

Subtotal	36.567.478	36.567.478	36.567.478	36.567.478	36.567.478
----------	------------	------------	------------	------------	------------

Total de costos y gastos	644.228.187	671.572.919	703.323.191	739.994.755	782.200.392
---------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fuente. Autoría propia

Capital de Trabajo y Capacidad Instalada

Tabla 33

Capital de trabajo

Concepto	valor total	
costo del servicio	452.372.936	452.372.936
sueldos y salarios	406.127.936	
Inventarios	46.245.000	
gastos de administración	149.326.353	149.326.353
Nómina Adiva	137.135.968	
Mantenimiento	3.747.360	
energía eléctrica	3.738.240	
agua	1.440.000	
Internet y teléfono	1.869.120	
suministros de oficina	395.665	
arriendo	1.000.000	
Total capital de trabajo anual		601.699.289
Capital de trabajo Mensual		50.141.607

Fuente. Autoría propia

Tabla 34

Capacidad instalada para el paquete inicial de activación del plan

	Turno 1	Turno 2	Pacientes
Mañana	3	3	6
Tarde	3	3	6

Total Pacientes Diarios	6	6	12
Total Pacientes Mensuales	240		

Fuente. Autoría propia

Vemos que bajo condiciones normales de operación, la capacidad instalada con todo su nivel de producción alcanzaría a atender un total de 240 pacientes en un mes, utilizando todos sus recursos disponibles

Teniendo en cuenta que proyectamos que las EPS nos envíen el mismo número de pacientes para el paquete inicial de activación todos los meses y de acuerdo con la mortalidad se calcula en 20 pacientes cada cuatro meses tenemos las siguientes tablas con el número de pacientes e ingreso por paquete por 12 meses:

Tabla 35*Pacientes por paquete e Ingreso mensual por paquete*

	Valor paquete	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Paquete Inicial de Activación del Plan Domiciliario	840.000	240			20				20				20
Paquete Básico de Atención	115.000	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
Paquete Intermedio	180.000	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Paquete de Atención Media-Alta	485.000	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Paquete de Atención -Alta -Semanal	380.000	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Valor paquete	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Paquete Inicial de Activación del Plan Domiciliario	840.000	201.600.000	-	-	16.800.000	-	-	-	16.800.000	-	-	-	16.800.000
Paquete Básico De Atención	115.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000	16.100.000
Paquete Intermedio	180.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000	7.200.000
Paquete de Atención Media-Alta	485.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000	19.400.000
Paquete de Atención -Alta -Semanal	380.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000	7.600.000
Ingreso Mensual		251.900.000	50.300.000	50.300.000	67.100.000	50.300.000	50.300.000	50.300.000	67.100.000	50.300.000	50.300.000	50.300.000	67.100.000

Fuente. Autoría propia

Proyecciones a 5 Años

Tabla 36

Ventas proyectadas

Ventas proyectadas				
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
855.600.000	919.770.000	988.752.750	1.062.909.206	1.142.627.397

Fuente. Autoría propia

Una vez identificados los paquetes a vender, la cantidad, los precios y los costos, tomamos el registro histórico de ventas de algunas IPS en los últimos 10 años para la proyección en ventas y calculamos la tasa de variación en ventas en estos años así:

Cálculo del Crecimiento Anual (%).

Figura 10

Fórmula del crecimiento porcentual interanual de ventas

$$\text{Crecimiento} = \left(\frac{\text{Ventas Año Actual} - \text{Ventas Año Anterior}}{\text{Ventas Año Anterior}} \right) \times 100$$

Nota. Adaptado de Principios de administración financiera (12.^a ed.) por L. J. Gitman y C. J. Zutter, 2012, Pearson Educación.

Análisis del Crecimiento. El crecimiento anual es constante en 7.5% cada año.

La tasa de crecimiento anual compuesta (CAGR) también es 7.5%, lo que indica un crecimiento estable y predecible.

Tabla 37*Flujo de caja proyectado a 5 Años*

Rubros	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
A. Ingresos operacionales						
Prestación de servicios		855.600.000	919.770.000	988.752.750	1.062.909.206	1.142.627.397
		855.600.000	919.770.000	988.752.750	1.062.909.206	1.142.627.397
B. Egresos operacionales						
Costo del servicio		452.372.936	472.729.718	496.366.204	523.666.345	555.086.326
gastos de administración		155.287.773	162.275.723	170.389.509	179.760.932	190.546.588
(-) Depreciaciones		5.961.420	5.961.420	5.961.420	5.961.420	5.961.420
(-) amortizaciones		3.747.360	3.915.991	4.111.791	4.337.939	4.598.216
Parcial		617.369.489	644.882.852	676.828.924	713.726.636	756.192.549
C. flujo operacional (a-b)		238.230.511	274.887.148	311.923.826	349.182.570	386.434.847
D. Ingresos no operacionales						
crédito	88.480.675					
capital social	88.480.675					
parcial	176.961.350					
E. Egresos no operacionales						

Pago intereses		36.567.478	36.567.478	36.567.478	36.567.478	36.567.478
pago imp a la renta		73.980.135	86.868.978	99.900.346	113.020.058	126.149.452
activos fijos operacionales						
muebles y enseres	12.900.000					
Equipos de computo	5.100.000					
Equipos de oficina	1.940.000					
Maquinaria y equipo	18.098.000					
Equipos médicos	1.460.000					
Parcial	39.498.000	110.547.613	123.436.456	136.467.824	149.587.536	162.716.930
F. Flujo no operacional (D-E)	137.463.350	-	-	-	-	-
G. Flujo neto generado (C+F)	137.463.350	110.547.613	123.436.456	136.467.824	149.587.536	162.716.930
H. Saldo inicial de caja	-	127.682.898	151.450.692	175.456.003	199.595.034	223.717.918
I. Saldo final de caja (G+H)	137.463.350	265.146.248	416.596.940	592.052.943	791.647.977	1.015.365.894

Fuente. Autoría propia.

Punto de Equilibrio Proyectado a 5 Años

Tabla 38

Punto de equilibrio proyectado

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Costos fijos	601.303.624	628.362.287	659.780.401	696.068.324	737.832.423
Costos variables	42.924.563	43.210.632	43.542.790	43.926.432	44.367.969
Precio de venta por unidad	71.300.000	76.647.500	82.396.063	88.575.767	95.218.950
Costo total	644.228.187	671.572.919	703.323.191	739.994.755	782.200.392
Ventas	855.600.000	919.770.000	988.752.750	1.062.909.206	1.142.627.397

Fuente. Autoría propia

Figura 11

Fórmula del punto de equilibrio en unidades

$$\text{Punto de Equilibrio (en unidades)} = \frac{\text{Costos Fijos Totales}}{\text{Precio de Venta por Unidad} - \text{Costo Variable por Unidad}}$$

Nota. Adaptado de Contabilidad administrativa (13.^a ed.) por C. T. Horngren et al., 2009.

Pearson Educación.

Cálculos para cada Año.

Año 1. Margen de contribución por unidad = 71.300.000 – 42.924.563 = 28.375.437

Punto de equilibrio = 601.303.624 / 28.375.437 ≈ 21,19 unidades

Año 2. Margen de contribución por unidad = 76.647.500 – 43.210.632 = 33.436.868

Punto de equilibrio = 628.362.287 / 33.436.868 ≈ 18,79 unidades

Año 3. Margen de contribución por unidad = 82.396.063 – 43.542.790 = 38.853.273

Punto de equilibrio = $659.780.401 / 38.853.273 \approx 16,98$ unidades

Año 4. Margen de contribución por unidad = $88.575.767 - 43.926.432 = 44.649.335$

Punto de equilibrio = $696.068.324 / 44.649.335 \approx 15,59$ unidades

Año 5. Margen de contribución por unidad = $95.218.950 - 44.367.969 = 50.850.981$

Punto de equilibrio = $737.832.423 / 50.850.981 \approx 14,51$ unidades

Tabla 39

Margen de contribución y punto de equilibrio

Año	Margen de Contribución	Punto de Equilibrio (unidades)
Año 1	28.375.437	21,19
Año 2	33.436.868	18,79
Año 3	38.853.273	16,98
Año 4	44.649.335	15,59
Año 5	50.850.981	14,51

Fuente. Autoría propia

Para llegar al punto de equilibrio el nivel de ventas o ingresos necesarios es el que debe cubrir los costos totales (fijos y variables) y a partir de ese punto comenzar a generar beneficios, en nuestro proyecto para cubrir los costos fijos y variables y no generar pérdidas, la empresa debe vender al menos:

21 unidades en el Año 1

19 unidades en el Año 2

17 unidades en el Año 3

16 unidades en el Año 4

15 unidades en el Año 5

Vemos que con el tiempo, el punto de equilibrio disminuye, lo que sugiere que la empresa se vuelve más eficiente o que el margen de contribución por unidad mejora.

Estados Financieros Proyectados a 5 Años

Tabla 40

Estado de resultados proyectado

IPS XXX					
Estado de pérdidas y ganancias					
Proyectado a 5 años					
Ingresos	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ventas totales	855.600.000	919.770.000	988.752.750	1.062.909.206	1.142.627.397
(-) costos prestación de servicio	452.372.936	472.729.718	496.366.204	523.666.345	555.086.326
Utilidad bruta en ventas	403.227.064	447.040.282	492.386.546	539.242.861	587.541.071
Gastos de administración	155.287.773	162.275.723	170.389.509	179.760.932	190.546.588
Utilidad Operacional	247.939.291	284.764.559	321.997.037	359.481.929	396.994.483
Gasto financiero	36.567.478	36.567.478	36.567.478	36.567.478	36.567.478
Utilidad Del Ejercicio	211.371.813	248.197.081	285.429.559	322.914.451	360.427.005
35% impuesto a la renta	73.980.135	86.868.978	99.900.346	113.020.058	126.149.452
Utilidad Neta	137.391.678	161.328.103	185.529.213	209.894.393	234.277.553

Fuente. Autoría propia

Tabla 41

Estado de situación financiera proyectado

IPS XXX						
Estado de Situación Financiera						
Proyectado a 5 años						
Activos Corriente	0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Caja y bancos	137.463.350	265.146.248	416.596.940	592.052.943	791.647.977	1.015.365.894

Deudores clientes		85.693.367	92.742.496	100.089.614	89.996.875	115.484.248
Total activos corrientes	137.463.350	350.839.616	509.339.436	692.142.557	881.644.852	1.130.850.142
Activos fijos operativos muebles y enseres	12.900.000	12.900.000	12.900.000	12.900.000	12.900.000	12.900.000
Equipos de computo	5.100.000	5.100.000	5.100.000	5.100.000	5.100.000	5.100.000
Equipos de oficina	1.940.000	1.940.000	1.940.000	1.940.000	1.940.000	1.940.000
Maquinaria y equipo	18.098.000	18.098.000	18.098.000	18.098.000	18.098.000	18.098.000
Equipos médicos	1.460.000	1.460.000	1.460.000	1.460.000	1.460.000	1.460.000
Total activos fijos operativos (-)	39.498.000	39.498.000	39.498.000	39.498.000	39.498.000	39.498.000
Depreciaciones		5.961.420	6.229.684	6.541.168	6.900.932	7.314.988
Total activos fijos netos	39.498.000	33.536.580	33.268.316	32.956.832	32.597.068	32.183.012
Total de activos	176.961.350	384.376.196	542.607.752	725.099.389	914.241.920	1.163.033.154
Pasivo Corriente						
Impuesto Renta		73.980.135	86.868.978	99.900.346	113.020.058	126.149.452
Pasivo Largo Plazo	88.480.675	70.784.540	53.088.405	35.392.270	-	-
Total de pasivos	88.480.675	144.764.675	139.957.383	135.292.616	113.020.058	126.149.452
Patrimonio						
Capital social pagado	88.480.675	88.480.675	88.480.675	88.480.675	88.480.675	88.480.675
Reserva Legal		13.739.168	16.132.810	18.552.921	20.989.439	23.427.755
Utilidades Acumuladas		-	137.391.678	298.719.781	484.248.995	694.143.388
Utilidad del periodo		137.391.678	161.328.103	185.529.213	209.894.393	234.277.553
Total patrimonio	88.480.675	239.611.521	403.333.266	591.282.591	803.613.502	1.040.329.371
Total Pasivo y Patrimonio	176.961.350	384.376.196	543.290.650	726.575.207	916.633.560	1.166.478.823

Fuente. Autoría propia

Indicadores Financieros para Evaluar la Rentabilidad del Proyecto

Para determinar las posibilidades de éxito, la rentabilidad, los beneficios que traerá y la viabilidad del proyecto que se pretende iniciar necesitamos de los indicadores financieros como El VAN y TIR entre otros.

Valor Presente Neto (VPN)

Para calcular el VPN necesitamos determinar la tasa de descuento y para eso primero se tiene que conocer el Costo Promedio Ponderado de Capital (CPPC)

Para calcular el CPPC o WACC tenemos:

Capital Propio (E) = 88.480.675,02

Recursos de inversionistas (D) = 88.480.675,02

Tasa de interés de la deuda (kd) = 1,21% mensual = 14.54% anual

Costo del capital propio (ke) = 1.21%

Tasa de impuestos (T) = 35%

Figura 12

Fórmula del costo promedio ponderado de capital (WACC)

$$WACC = \left(\frac{D}{D + E} \times k_d \times (1 - T) \right) + \left(\frac{E}{D + E} \times k_e \right)$$

Nota. Adaptado de Corporate Finance (10th ed.) por Ross, Westerfield y Jaffe, 2013, McGraw-Hill Education.

El **WACC (Costo Promedio Ponderado de Capital)** calculado es **11,98%**.

Esto significa que cualquier proyecto que la empresa evalúe debe generar una rentabilidad superior al **11.98%** para ser financieramente viable.

Evaluamos la rentabilidad de un proyecto mediante el indicador VPN descontando los flujos de caja futuros a su valor presente, utilizando una tasa de descuento (como el WACC).

Donde:

Figura 13

Fórmula del Valor Presente Neto (VPN)

$$VPN = \sum \frac{FC_t}{(1+r)^t} - I_0$$

Nota. Adaptado de Fundamentos de finanzas corporativas (9.ª ed.) por Ross, Westerfield y Jordan, 2010, McGraw-Hill.

FC_t = Flujo de caja en el período t.

r = Tasa de descuento (WACC u otra tasa requerida).

t = Año en el que ocurre el flujo de caja.

I₀ = Inversión inicial.

Cálculo del VPN

Tasa de descuento 11.98%

Tabla 42

Flujo de Caja

Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
(176.961.350)	127.682.898	150.381.093	173.144.481	195.849.091	218.321.087

Fuente. Autoría propia.

VPN = 428.840.676

Se observa que con financiación se obtiene un VPN de **428.840.676** lo cual quiere decir que la inversión es rentable ya que genera más dinero del que cuesta.

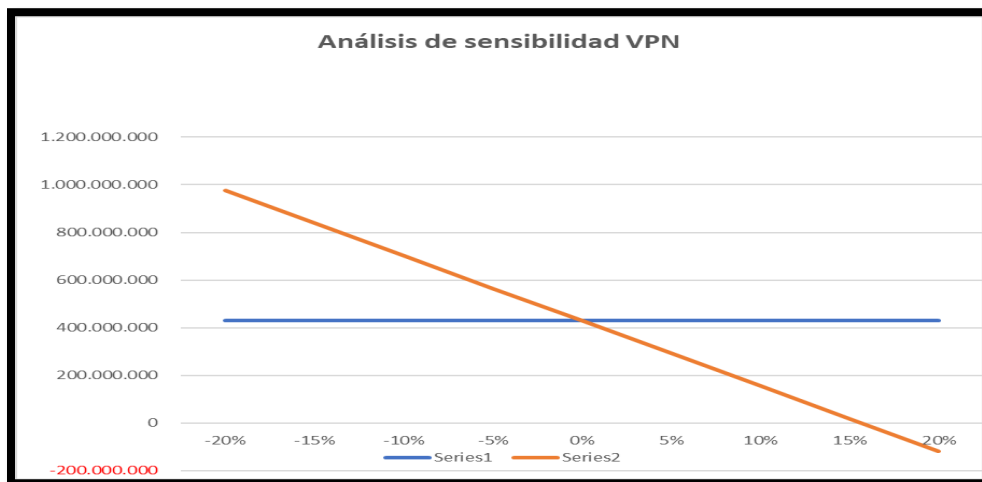
Análisis de Sensibilidad del VPN a Cambios en las Ventas y en los Costos

Tabla 43

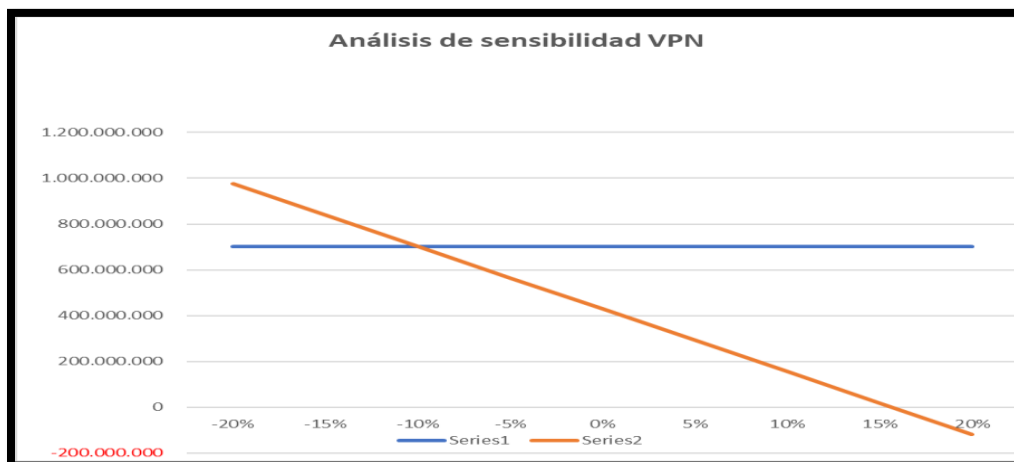
Variación en el incremento de ventas

Análisis de sensibilidad del VPN a cambios en las ventas y en los costos										
Variación en el incremento de ventas										
	428.840.676	-20%	-15%	-10%	-5%	0%	5%	10%	15%	20%
	-25%	1.113.953.849	1.113.953.849	1.113.953.849	1.113.953.849	1.113.953.849	1.113.953.849	1.113.953.849	1.113.953.849	1.113.953.849
	-20%	976.931.214	976.931.214	976.931.214	976.931.214	976.931.214	976.931.214	976.931.214	976.931.214	976.931.214
	-15%	839.908.580	839.908.580	839.908.580	839.908.580	839.908.580	839.908.580	839.908.580	839.908.580	839.908.580
Variación o	-10%	702.885.945	702.885.945	702.885.945	702.885.945	702.885.945	702.885.945	702.885.945	702.885.945	702.885.945
disminución	-5%	565.863.311	565.863.311	565.863.311	565.863.311	565.863.311	565.863.311	565.863.311	565.863.311	565.863.311
de costos	0%	428.840.676	428.840.676	428.840.676	428.840.676	428.840.676	428.840.676	428.840.676	428.840.676	428.840.676
	5%	291.818.042	291.818.042	291.818.042	291.818.042	291.818.042	291.818.042	291.818.042	291.818.042	291.818.042
	10%	154.795.407	154.795.407	154.795.407	154.795.407	154.795.407	154.795.407	154.795.407	154.795.407	154.795.407
	15%	17.772.773	17.772.773	17.772.773	17.772.773	17.772.773	17.772.773	17.772.773	17.772.773	17.772.773
	20%	(119.249.862)	(119.249.862)	(119.249.862)	(119.249.862)	(119.249.862)	(119.249.862)	(119.249.862)	(119.249.862)	(119.249.862)
	25%	(256.272.496)	(256.272.496)	(256.272.496)	(256.272.496)	(256.272.496)	(256.272.496)	(256.272.496)	(256.272.496)	(256.272.496)

Fuente. Autoría propia

Figura 14*Análisis de sensibilidad VPN**Fuente. Autoría propia*

Con los escenarios dados por la variación de costos y variación de ventas podemos determinar que donde se cruza el escenario actual de ventas con el escenario actual de costos es donde se ubica el VPN del escenario actual (428.840.676).

Figura 15*Análisis de sensibilidad VPN**Fuente. Autoría propia*

Por ejemplo con un incremento del 10% en ventas y una disminución del 10% en costos, se obtendría un VPN de (702.885.945), que es mucho más favorable, sin embargo al disminuir el margen de utilidad en cada uno de los productos a ofrecer se comienza a obtener un comportamiento negativo en el VPN.

Tasa Interna de Retorno (TIR)

La Tasa Interna de Retorno (TIR) es la tasa de descuento que hace que el Valor Presente Neto (VPN) sea igual a cero. Es decir, es la rentabilidad que un proyecto generará sobre la inversión inicial.

Figura 16

Fórmula para calcular la Tasa Interna de Retorno (TIR)

$$TIR = \sum_{t=0}^n \frac{F_n}{(1+i)^n} = 0$$

Nota. Adaptado de Fundamentos de finanzas corporativas (9.ª ed.) por Ross, Westerfield y Jordan, 2010, McGraw-Hill.

Donde:

FC_t = Flujo de caja en el período t.

t = Año en el que ocurre el flujo de caja.

TIR = 80

Así mismo la TIR arroja que la inversión es mayor a 0 y mayor a la tasa de descuento (WACC), es decir se puede considerar el proyecto como rentable y viable.

Sin embargo, en momentos de alta inflación y a portas de una recesión económica y con los bancos centrales subiendo las tasas de interés con el fin de controlar la inflación hay que

revisar muy bien el hacer una inversión pues los costos pueden incrementar y la rentabilidad se puede ver afectada a futuro.

Relación Costo Beneficio (B/C)

Con esta relación (B/C) se determina la viabilidad de un proyecto comparando el resultado de la fórmula con 1, para saber si el proyecto es rentable se debe sumar las ventas o beneficios y dividirlos sobre la sumatoria de los costos

Figura 17

Fórmula de la Relación Costo-Beneficio (RCB)

$$B/C = \frac{\sum \text{Beneficios Totales}}{\sum \text{Costos Totales}}$$

Nota. Adaptado de Análisis de Proyectos por Park (2011).

Costos (Años 1 a 5). Año 1: 644.228.187

Año 2: 671.572.919

Año 3: 703.323.191

Año 4: 739.994.755

Año 5: 782.200.392

Ventas (Años 1 a 5). Año 1: 855.600.000

Año 2: 919.770.000

Año 3: 988.752.750

Año 4: 1.062.909.206

Año 5: 1.142.627.397

\sum Beneficios Totales = Suma de los ingresos/ventas de los 5 años.

\sum Costos Totales = Suma de los costos de los 5 años.

Sumatoria de Costos Totales

$$C=644,228,187+671,572,919+703,323,191+739,994,755+782,200,392$$

$$C=3,541,319,444$$

Sumatoria de Beneficios Totales (Ventas)

$$B=855,600,000+919,770,000+988,752,750+1,062,909,206+1,142,627,397$$

$$B=4,969,659,353$$

Beneficio-Costo

$$B/C=4.969.659.353/3.541.319.444$$

$$B/C \approx 1.40$$

Lo que quiere decir que es mayor a 1 por lo tanto los beneficios superan los costos y el proyecto es viable.

Periodo de Recuperación de la Inversión (PRI)

El PRI rastrea el tiempo que una organización tendrá que esperar desde la inversión inicial hasta que los flujos de efectivo generados por el proyecto hayan cubierto (o excedido) la cantidad invertida, en otras palabras, es el lapso que necesitas para “recuperar” el dinero que se invirtió.

Figura 18

Fórmula para calcular el Periodo de Recuperación de la Inversión (PRI)

$$PRI = A + \frac{B}{C}$$

Nota. Adaptado de Evaluación y administración de proyectos por Meredith y Mantel (2012).

A = Número de años completos antes de recuperar la inversión.

B = Cantidad restante para recuperar la inversión después de AAA años.

C = Flujo de caja del año siguiente.

Tabla 44

Recuperación de la inversión

Inversión Inicial		176.961.350
Año	Flujo de caja	
0	-176.961.350	
1	127.682.898	
2	151.450.692	
3	175.456.003	
4	151.450.692	
5	223.717.918	

Fuente. Autoría propia

Acumulación de Flujos de Caja

Sumamos los flujos de caja hasta alcanzar la inversión inicial de **176.961.350**.

Año 1

Flujo de caja acumulado:

$$127.682.898$$

Falta recuperar:

$$176.961.350 - 127.682.898 = 49.278.452$$

Año 2

Flujo de caja acumulado:

$$127.682.898 + 151.450.692 = 279.133.590$$

Como $279.133.590 > 176.961.350$, la inversión se recupera en el Año 2.

La cantidad restante después del Año 1 es **49.278.452**. y el flujo de caja del Año 2 es **151.450.692**.

$$\text{Tiempo adicional} = 49.278.452 / 151.450.692 = 0.33 \text{ años} \approx 4 \text{ meses}$$

Por lo tanto el tiempo que tomará recuperar el monto inicial invertido (**PRI**) es aproximadamente de **1,64 años (1 año y 8 meses)**, este es un menor período de recuperación que indica que la inversión se recuperará rápidamente, lo que implica menor riesgo y mayor liquidez

Conclusiones

La evaluación de la viabilidad del mercado, realizada mediante un modelo de gestión integral, ha permitido identificar las oportunidades y desafíos que presenta la creación de una IPS especializada en la atención domiciliaria para pacientes oncológicos; este análisis muestra que existe una demanda significativa de servicios personalizados en el ámbito de la oncología, particularmente para aquellos pacientes que requieren atención continua y preferirían recibirla en el entorno familiar.

El modelo de gestión aplicado ha permitido diagnosticar las capacidades organizativas y los recursos críticos para apoyar la implementación y sostenibilidad de este servicio, además, subraya la necesidad de una estrategia impulsada por la prestación de atención, la innovación de procesos y la experiencia del paciente.

El estudio muestra que la diferenciación en el curso de la prestación de servicios y la adopción de tecnologías que permiten procedimientos como el monitoreo remoto son factores clave para aumentar la competitividad, así como la aceptación del mercado del servicio.

En conjunto, Los hallazgos cualitativos demuestran que la forma en que la IPS puede adoptarse no solo es viable, sino que también puede abordar una necesidad latente en el sector de la salud, además proporciona información sobre los detalles de la interacción entre la demanda y la oferta de servicios de cuidado especializado en el hogar para pacientes con cáncer.

El análisis indica que ya existen varias opciones de cuidado domiciliario disponibles en el mercado; sin embargo, aún hay una cantidad limitada de servicios muy específicos y personalizados para pacientes con cáncer.

Esta brecha entre la demanda de cuidados especializados y la oferta disponible representa una oportunidad significativa para la creación de una IPS que pueda satisfacer estas necesidades

de manera integral, los datos recopilados indican que la demanda de estos servicios se encuentra en crecimiento debido a factores como el envejecimiento de la población, el incremento en la prevalencia del cáncer y la preferencia de los pacientes por recibir atención en un entorno más cómodo y seguro como su hogar, además, el estudio de la competencia sugiere que una estrategia diferenciada, que combine un enfoque humanizado, tecnología para el monitoreo y el seguimiento de la evolución del paciente, puede posicionar de manera favorable a la nueva IPS en el mercado mostrando una oferta de valor atractiva y rentable.

El estudio ha destacado la importancia de una adecuada gestión del recurso humano, considerando la necesidad de un equipo interdisciplinario que incluya médicos, enfermeras, psicólogos, y personal de apoyo que puedan brindar una atención integral al paciente, además, es determinante seguir un plan de marketing enfocado en la educación y sensibilización sobre los beneficios de la atención domiciliaria para el posicionamiento de la IPS en el mercado.

El resultado del análisis de indicadores financieros, como el valor presente neto (VPN), la tasa interna de retorno (TIR), el período de recuperación de la inversión y el flujo de caja, demuestra que el establecimiento de una IPS especializada en atención domiciliaria para pacientes oncológicos es factible desde un punto de vista financiero.

Cuando tienes un VPN positivo, significa que el proyecto generará un beneficio, ya que retornará más valor que el invertido por los inversores.

Dado que la TIR obtenida está por encima del costo de oportunidad del capital, la rentabilidad de la inversión se ve reforzada y confirma que el proyecto sigue siendo competitivo frente a otras oportunidades de inversión en el mercado de la salud, esto significa que la IPS especializada podría generar ingresos superiores a los costos operativos y de financiamiento

dadas las condiciones actuales del mercado y la estructura de costos prevista, asegurando la sostenibilidad a largo plazo del servicio.

Asimismo, el análisis del flujo de caja proyectado demuestra que la IPS puede alcanzar un equilibrio financiero en un plazo razonable, lo que sugiere que la entidad tendrá la capacidad de cubrir sus obligaciones financieras a medida que se consolida en el mercado, el periodo de recuperación de la inversión es acorde con los estándares de la industria, lo cual brinda confianza a los inversionistas y minimiza el riesgo asociado a la creación del proyecto.

Además, la proyección financiera considera escenarios de casos conservadores y optimistas que proporcionan un rango de resultados potenciales para el proyecto bajo diversas circunstancias, como la demanda y las condiciones económicas.

En ambos ejemplos, tales estimaciones muestran que la IPS puede ser particularmente rentable, especialmente considerando contratos con aseguradoras de salud y la ampliación de servicios para cubrir a un mayor número de pacientes oncológicos en casa.

La IPS dedicado al cuidado domiciliario de pacientes oncológicos es un proyecto factible que representa una buena oportunidad de inversión en un mercado en crecimiento, con un impacto favorable en la calidad de vida de los pacientes y un margen de beneficio razonable para los inversores.

Referencias Bibliográficas

Acisd (2023). Estado actual de la atención domiciliaria en Colombia.

<https://acisd.com.co/atencion-domiciliaria-en-salud-avanzando-hacia-modelos-de-salud-sin-fronteras-copy/>

Alianza Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos (2024). Diez años desde la resolución:

¿cómo vamos? [Internet]. 2024 [citado 19 de septiembre de 2024].

file:///C:/Users/sbuiles/Downloads/WHPCD-Toolkit-2024-SPANISH.pdf

American Cancer Society. (2020). Cancer Caregiving at Home: A Guide for Patients and Families.

Asociación Colombiana de Hematología y Oncología. (2020). *Informe anual sobre la atención domiciliaria en oncología en Colombia*. ACHO

Baca Urbina, D. (2010). Evaluación de proyectos. McGraw-Hill

Bermejo, G.; Angulo K; Agorria, A.; Barruetabeña, M.; Arrate, A. (1997) Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Atención primaria.

Bustamante, N. (2006). La hospitalización domiciliaria Descripción y análisis del modelo de atención. URL: www.elhospital.com

Cámara de Comercio de Bogotá (2009). Conoce los pasos para crear empresa. Paso a paso del proceso empresarial y legal.

Castro, M., & Ospina, L. (2017). *Desafíos en la atención oncológica en hospitales colombianos*. Revista Colombiana de Oncología, 15(2), 123-130.

Centeno, C. (1997) Historia de Cuidados Paliativos y Movimiento Hospice. SECPAL. Consulta de la World Wide Web: [http:// www.secpal.com/presentacion/index. php?acc = historia%20CP](http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP)

Colección Bios y Ethos Támara L. Medición de la calidad de vida de un grupo de pacientes terminales en una unidad de cuidado paliativo domiciliario en Santafé de Bogotá, Colombia. Bioética y Calidad de Vida. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque (2000). Bogotá, Colombia.

Comisión de Regulación en Salud – CRES (2009). Acuerdo 08 de 2009.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/acuerdo08-de-2009.pdf>

Comisión de Regulación en Salud (2011). Acuerdo número 029 de 2011. Colombia.

Congreso de Colombia (2010). Ley 1384 de 2010. <https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2019/10/Cancer-AtenciónIntegral-Ley-1384-2010.pdf>

Congreso de la República (1990). Ley 10 de 1990.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf

Congreso de la República (1993). Ley 100 de 1993.

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República (2007). Ley 1122 de 2007.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600>

Congreso de la República (2011). Ley 1438 de 2011

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Congreso de la República de Colombia (2010)

Constitución Política de Colombia (1991).

<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCIONInteriores.pdf>

Cuenta de Alto Costo (2024). <https://cuentadealtocosto.org/general/dia-mundial-de-los-cuidados-paliativos/>.

Departamento Nacional de Estadísticas – DANE (2022).

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/comunicado_ECV_2022.pdf 5.

García, S. (2016). Clasificación de las empresas en Colombia. SENA.

García-Pardo, A. (2018). El desarrollo de la estabilidad emocional en patología dual: una propuesta de intervención breve. *Clínica y Salud*, 29, 133-

137. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a19>

Gitman, L. J., & Zutter, C. J. (2012). Principios de administración financiera (12.^a ed.).

Pearson Educación.

Glez, M. (1998). Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel.

Gobernación de Cundinamarca. Nicolás García Bustos, Gobernador. Programa de Gobierno 2020 – 2023 “Cundinamarca más competitiva”.

Gómez-Batiste, X., Caja, C., Espinosa, J., Bullich, I., Martínez-Muñoz, M., Porta-Sales, J., ... & Trelis, J. (2012). *The Catalonia WHO Demonstration Project for Palliative Care Implementation: Quantitative and Qualitative Results at 20 Years (1991-2011)*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(5), 783-794.

Horngren, C. T., Sundem, G. L., Stratton, W. O., Burgstahler, D., & Schatzberg, J. (2009).

Contabilidad administrativa (13.^a ed.). Pearson Educación.

Hospital San Vicente Fundación. (s.f.). Modelos de cuidado en casa.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.

Instituto Nacional de Cancerología ESE. (2017). *Boletín Servicios Oncológicos en Colombia*, Segunda edición, periodicidad anual.

<https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/SO.COLOMBIA.pdf>

Instituto Nacional de Cancerología. (2016). *Acceso a los servicios oncológicos en zonas rurales*. INC.

León MA, Quijano M, Romero M, Salamanca N, Sánchez O, Ortegón A, Consuegra C, Flórez S. Costos directos del cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia. *Univ Med*. 2016;57(3):294-306. doi:

<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-3.cdcp>

Liga Colombiana contra el Cáncer. (s.f.). *Programas de atención domiciliaria*.

Martínez Sánchez, J. A., & Gómez, M. A. M. (2018). Impacto de los cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos: revisión de la literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 1-7.

Meredith, J. R., & Mantel, S. J. (2012). *Evaluación y administración de proyectos* (7.^a ed.). Wiley.

Minardi Mitre Cotta, R., María Morales, M., Llopis González, A., Cotta Filho, J., Real, E., & Días Ricós, J. (2000). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *www.scielosp.org*. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n1/45-55/>

Ministerio de Salud (1991). Resolución número 13431 de 1991. Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf

Ministerio de Salud (1994). Resolución número 5261 de 1994. Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf

Ministerio de Salud (1999). Resolución número 1595 de 1999. Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Ministerio de Salud (2013). Resolución 5521 de 2013.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion5521-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud (s/f). Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) – IPS.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2006). Ley 1011 de 2006.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Resolución 5592 de 2015.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205592%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 6408 de 2016.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestación de servicios de salud. Estudio de Desarrollo y Reordenamiento Físico – Funcional de Instituciones Prestadoras de Servicios. Guías Metodológicas. Programa Médico Arquitectónico. Instructivo de uso e Instrumento Guía. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/guiasprograma-medico-arquitectonico-red-prestadores%20servicios-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social > Directrices para el fortalecimiento de la prevención y detección temprana del cáncer en Colombia. (2023)

Ministerio de Salud y Protección Social > Directrices para el fortalecimiento de la prevención y detección temprana del cáncer en Colombia. 21/09/2023. Boletín de Prensa No 213 de 2023

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Resolución 2003 de 2014. :

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. Resolución 3100 de 2019.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm#:~:text=Por%20la%20cual%20se%20definen,Habilitaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. Resolución 3512 de 2019.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf

Ministerio del Medio Ambiente (2002) resolución 1164 de 2002

Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria (2023). Reporte técnico 2023

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008) 61^a Asamblea Mundial de la Salud.

Resoluciones y decisiones. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Guía sobre la atención domiciliaria

Park, C. S. (2011). Análisis de proyectos: evaluación y selección (3.^a ed.). Pearson Educación.

Revista Colombiana de Cancerología. (s.f.)(2018). Efectividad de un programa de atención domiciliaria en pacientes oncológicos: un estudio de caso en Bogotá.

Revistas.ces.edu.co (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario.

http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/download/4091/2689

Rodríguez Vidal, L., Rodríguez-Núñez, A., & Torres, V. (2015). *Evaluación del impacto económico de los cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos*. Gaceta Sanitaria, 29(5), 367-373.

Ross, S. A., Westerfield, R. W., & Jordan, B. D. (2010). Fundamentos de finanzas corporativas (9.^a ed.). McGraw-Hill.

Ross, S. A., Westerfield, R. W., & Jaffe, J. (2013). Corporate finance (10th ed.). McGraw-Hill Education.

Sánchez M, Fuentes G. (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. Rev CES Salud Pública.; 7 (2).

Sánchez M, Fuentes G. (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. Rev CES Salud Pública

Sánchez, L., & Morales, E. (2017). Accesibilidad al tratamiento oncológico en pacientes con movilidad reducida. *Medicina y Salud*, 29(4), 299-306.

Sánchez-Cárdenas Miguel Antonio, Aguilar Obregón Laura, Bernal Tovar María, Gómez Serrano Karen, Rubiano Albarracín Ana, Tarazona Álvarez Marcela, Vanegas Gutiérrez Daniela, Fuentes-Bermúdez Genny Paola. Política pública en cuidados paliativos y sus implicaciones sobre servicios, opioides y educación en Colombia. *Revista Cuidarte*. 2023;14(2):e2501. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2501>

Secretaria Distrital de Salud - Bogotá (2020) informe sistemas para la atención ciudadana

Secretaria Distrital de Salud - Bogotá (2021) Atención Médica Domiciliaria.

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Atención-Medica-Domiciliaria.aspx>

Spiller J, Alexander D. Domiciliary care (1993). a comparison of views of terminally ill patients and their family caregivers. *Palliative Medicine* ; 7: 109-115.

Townsend J, Frank AO, Fermont D, et al (1990). Terminal cancer care and patients preference for place of death: a prospective study. *British Medical Journal*. 301: 415-417.

Apéndices

Apéndice A

Definición y concepto de estadística

Encuesta para evaluar la viabilidad de crear una IPS de atención hospitalaria a domicilio en la ciudad de Bogotá. El presente instrumento corresponde a la etapa de diagnóstico de la investigación que lleva por título ENCUESTA PARA EVALUAR LA NECESIDAD DE BRINDAR UNA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CON CÁNCER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.

Su objetivo es conocer varias opiniones frente a la creación de una IPS para Hospitalización Domiciliaria del paciente oncológico que requiere de tratamientos médicos y/o de enfermería posterior a su dada de alta hospitalaria.

Se tomó una muestra de 407 personas frente a una población de 7 millones, el tamaño de la muestra se determinó mediante la utilización una calculadora de muestras.

La respuesta a la encuesta fue de gran aporte para formulación de una estrategia para atención hospitalaria en domicilio cuyo propósito es brindar desde la comodidad del domicilio, bajo el calor y apoyo de la familia, los servicios de salud requeridos y necesarios para el restablecimiento de la salud y mejora de la calidad de vida.

Encuesta para evaluar la necesidad de brindar una atención domiciliaria a pacientes con cáncer en la ciudad de Bogotá

El fin de esta encuesta es hacer un sondeo que servirá de insumo para la realización de un trabajo académico

Género *

Hombre Mujer Otro

Edad *

- Menos de 18 años 18-30 años
- 31-45 años
- 46-60 años
- Mayor de 60 años

Relación con algún paciente oncológico *

Paciente

Familiar

Cuidador

No aplica

Con qué frecuencia tiene que viajar a un centro médico para recibir tratamiento oncológico? *

Diariamente

Semanalmente

Quincenalmente

Mensualmente

No aplica

Régimen del sistema de seguridad social en salud al que pertenece *

Subsidiado

Contributivo

Medicina prepagada o complementaria

Ninguno

¿Qué dificultades encuentra al viajar para recibir algún tratamiento? (marcar todas las que apliquen) *

- Fatiga del Paciente
- Problemas con el transporte (escaso o costo) Tiempo de espera para ser atendido
- Otros (especificar)

Especificar

¿Ha considerado alguna vez la opción de recibir tratamiento oncológico en su domicilio si fuera el caso? *

- SI
- NO

¿Qué beneficios cree que tendría recibir tratamiento a domicilio? (marcar todas las que apliquen) *

Mayor comodidad

Reducción del estrés por viajes al hospital Mayor tiempo en familia

Menor riesgo de infecciones hospitalarias

Otros (especificar):

¿Qué desafíos o preocupaciones tiene sobre recibir tratamiento a domicilio? (marcar todas las que apliquen)

- Calidad del cuidado
- Disponibilidad de equipo médico Costos adicionales
- Seguridad del paciente
- Otros (especificar):

En una escala del 1 al 5, ¿cuán importante considera que sería el servicio de tratamiento domiciliario para mejorar la calidad de vida del paciente? *

- 1 (Nada importante)
- 2 (Poco importante)
- 3 (Neutral)
- 4 (Importante)
- 5 (Muy importante)

¿Qué servicios consideraría esenciales en un tratamiento domiciliario para pacientes oncológicos? (marcar todas las que apliquen) *

- Administración de medicamentos Monitoreo de signos vitales
- Asistencia en efectos secundarios del tratamiento Apoyo psicológico
- Asesoramiento nutricional
- Otros (especificar):

¿Con qué frecuencia preferiría recibir visitas domiciliarias de profesionales de la salud? *

- Diariamente
- Semanalmente
- Cada dos semanas Mensualmente
- Según sea necesario

Estaría dispuesto a pagar un costo adicional por el servicio domiciliario? *

Sí

No

Tal vez

Cree que el tratamiento domiciliario podría mejorar la calidad de vida del paciente?

*

Sí

No

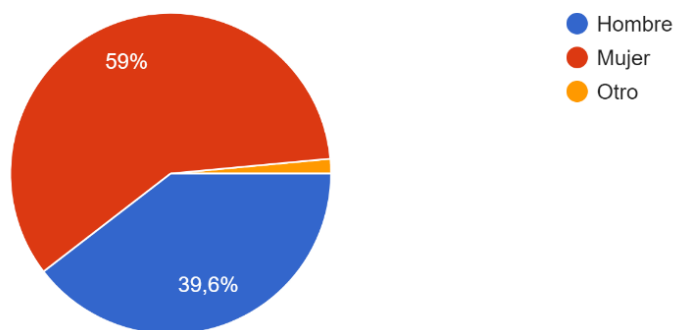
No estoy seguro

Por favor, agregue cualquier comentario adicional o sugerencia que tenga sobre el servicio domiciliario para pacientes oncológicos:

Estadísticas

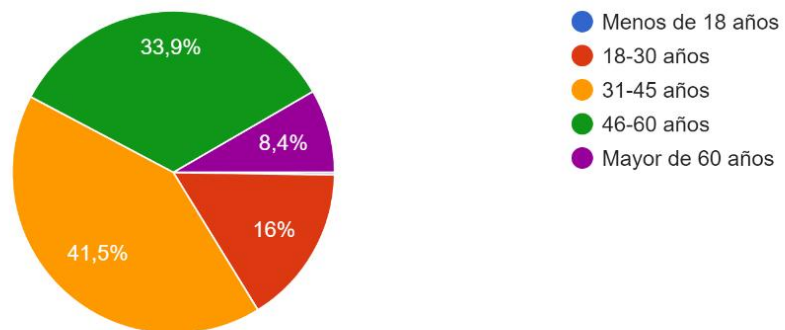
1. Género

407 respuestas



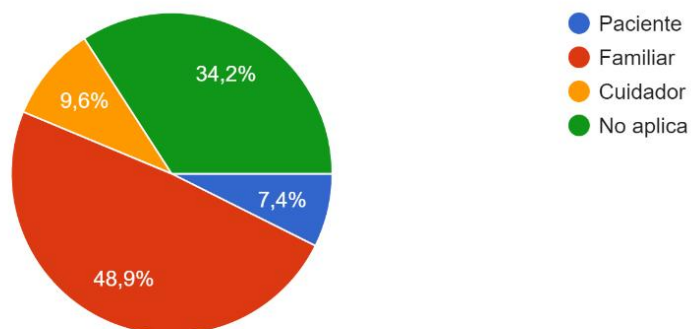
2. Edad

407 respuestas



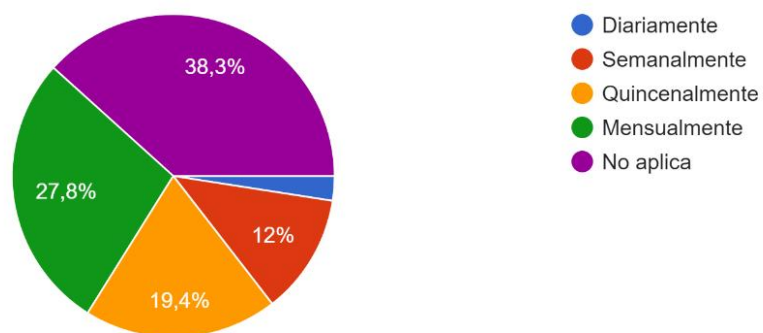
3. Relación con algún paciente oncológico

407 respuestas



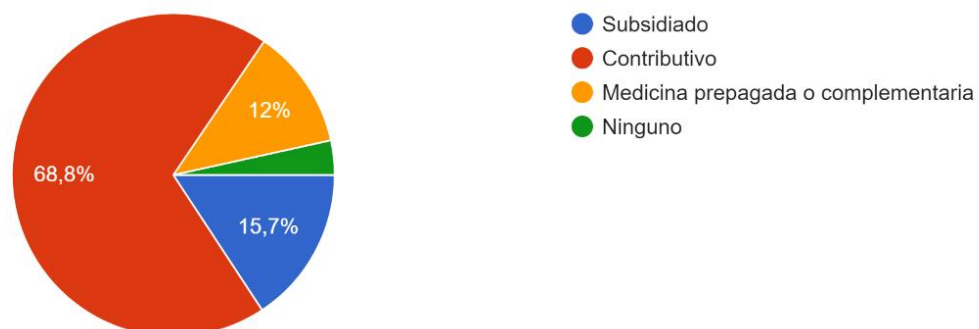
4. ¿Con qué frecuencia tiene que viajar a un centro médico para recibir tratamiento oncológico?

407 respuestas



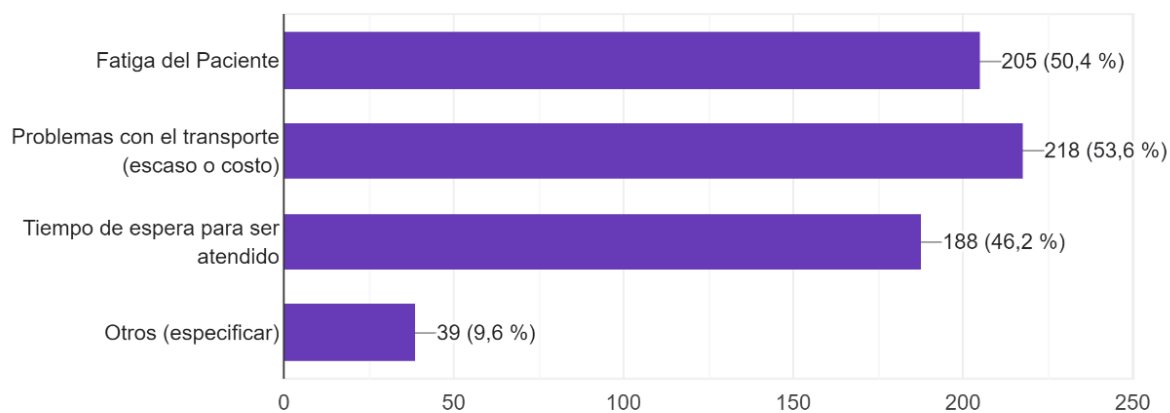
5. Régimen del sistema de seguridad social en salud al que pertenece

407 respuestas



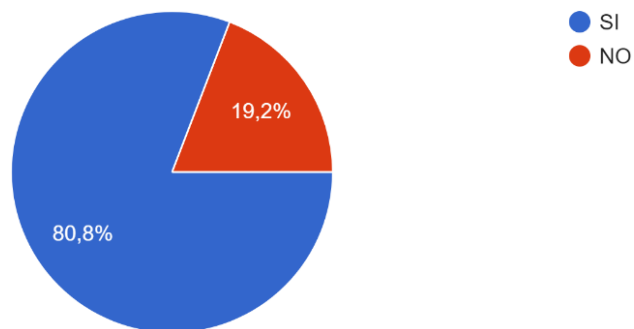
6. ¿Qué dificultades encuentra al viajar para recibir algún tratamiento? (marcar todas las que apliquen)

407 respuestas



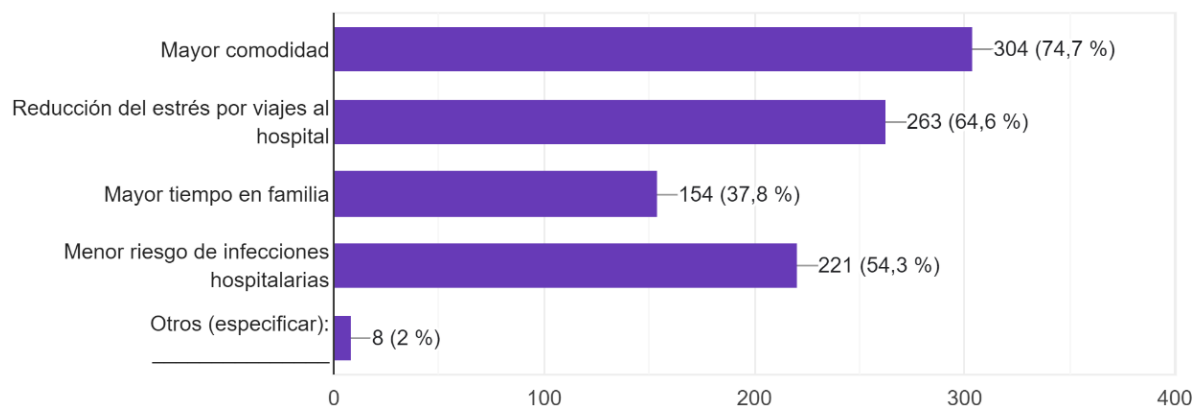
7. ¿Ha considerado alguna vez la opción de recibir tratamiento oncológico en su domicilio si fuera el caso?

407 respuestas



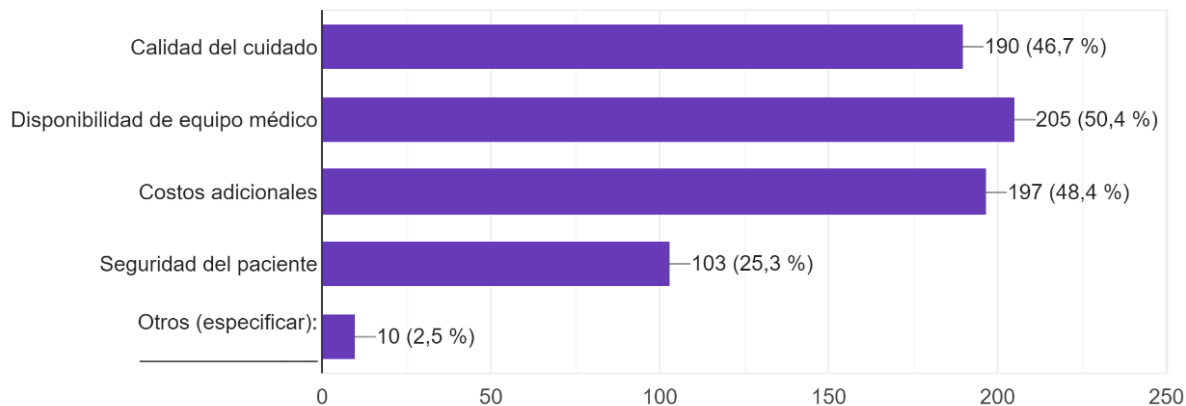
8. ¿Qué beneficios cree que tendría recibir tratamiento a domicilio? (marcar todas las que apliquen)

407 respuestas



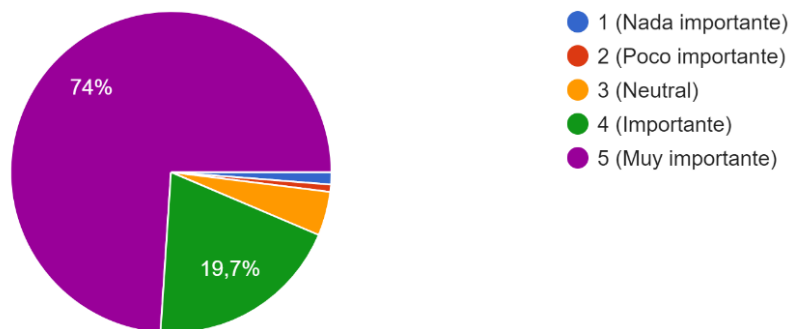
9. ¿Qué desafíos o preocupaciones tiene sobre recibir tratamiento a domicilio? (marcar todas las que apliquen)

407 respuestas



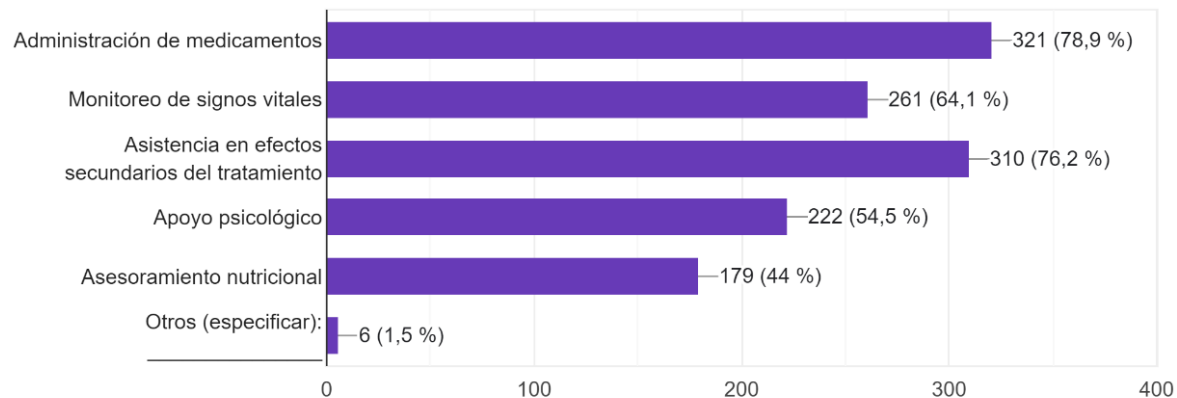
10. En una escala del 1 al 5, ¿cuán importante considera que sería el servicio de tratamiento domiciliario para mejorar la calidad de vida del paciente?

407 respuestas



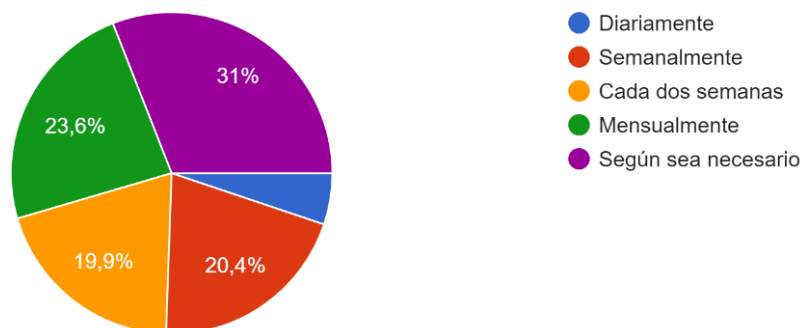
11. ¿Qué servicios consideraría esenciales en un tratamiento domiciliario para pacientes oncológicos? (marcar todas las que apliquen)

407 respuestas



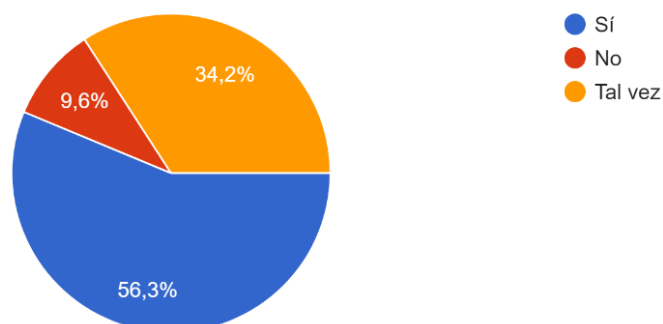
12. ¿Con qué frecuencia preferiría recibir visitas domiciliarias de profesionales de la salud?

407 respuestas



13. ¿Estaría dispuesto a pagar un costo adicional por el servicio domiciliario?

407 respuestas



14. ¿Cree que el tratamiento domiciliario podría mejorar la calidad de vida del paciente?

407 respuestas

